LES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS LA

PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE

DES

MALADIES DU PHARYNX, DU LARYNX ET DU NEZ

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS.

Dr C. CHAUVEAU

LES

MAITRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS LA

PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE

des maladies du pharynx, du larynx et du nez

Préface de M. le Professeur R. BLANCHARD
Membre de l'Académie de Médecine
Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine



TOME Ier



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1908

PUBLICATIONS DU MÊME AUTEUR

Des hypertrophies amygdaliennes (Thèse inaugurale).

De quelques symptômes dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale. (Amygdale de la langue) (*Archives internationales de laryngologie*..., 1892).

Crises syncopales dues à l'hypertrophie de l'amygdale linguale (*Revue de clinique et de thérapeutique,* mai 1894).

Pièce de monnaie dans le larynx (*Revue de clinique et de thérapeutique*, septembre 1895).

Hypertrophie exceptionnellement volumineuse de l'amygdale linguale (La *France médicale,* avril 1898).

Diphtérie nasale (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, mai 1898).

Complications infectieuses a la suite de la perforation du lobule de l'oreille (*Journal des praticiens*, août 1898).

Ozène chez un enfant de quatre ans et trois mois. Complications laryngo-trachéales. Mort. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, octobre 1898).

Mastoïdite et dérivation (La *France médicale*, mars 1899).

Troubles nerveux, cardiaques, digestifs chez les ozéneux. Contribution à la pathogénie de l'ozène (La *France médicale*, avril 1899).

Érysipèle de la face à répétition, survenant d'un seul côté, chez une femme atteinte d'otite externe chronique légère (La *France médicale*, septembre 1899).

Régression rapide des végétations adénoïdes (La *France médicale*, septembre 1899).

Polype de l'amygdale (*Archives de thérapeutique*, septembre 1899).

Glossodynie latérale papillaire de la région foliée (*Journal des praticiens*, novembre 1899).

Dysphonie fonctionnelle au cours de la syphylis (La *France médicale*, décembre 1899).

Contribution à l'histoire de l'anatomie du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, décembre 1899).

Des variétés de glossodynie (*Archives générales de médecine*, janvier 1900).

Déterminations neurasthéniques laryngées (*Tribune médicale*, février 1900).

Contribution à l'histoire de la physiologie du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille*..., mars 1900).

Quelques notions utiles d'anatomie comparée du pharynx chez les vertébrés (*Annales des maladies de l'oreille*..., avril 1900).

De certaines complications laryngo-bronchiques de l'ozène simulant la tuberculose pulmonaire (*Journal de médecine interne,* mai 1900).

De l'intestin céphalique et de ses dépendances, au point de vue du développement du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille...*, juin 1900).

Hypokinésie laryngée gauche hystérique, d'origine grippale, coïncidant avec des troubles moteurs et sensitifs hémiplégiques du même côté et du voile du palais (*Archives générales de médecine*, juillet 1900).

Un cas de leucocythémie symptomatique d'un lymphosarcome amygdalien, avec envahissement des quatre amygdales et généralisation aux ganglions (Congrès de Paris, août 1900. Section de rhino-laryngologie).

Paralysie hystérique de la corde vocale gauche avec parésie concomitante du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté, anesthésie et parésie du voile du palais, troubles de la déglutition et hypersécrétion (Congrès de Paris, août 1900. Section de rhino-laryngologie).

Moyens de protection de l'organisme au niveau du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille...*, septembre 1900).

Le pharynx (1er vol. in-8 *Anatomie, physiologie*, Paris, Baillière, 1901).

Fibrochondrome du lobule de l'oreille. — Herpès du tympan coïncidant avec un herpès guttural et labial (*Annales des maladies de l'oreille...*, février 1901).

Formes malignes de la rhinite pseudo-membraneuse (*Journal de médecine interne*, mars 1901).

Contribution à l'histoire de la pathologie pharyngée pendant la période græco-romaine (*Annales des maladies de l'oreille...*, avril 1901).

Contribution à l'histoire des maladies du pharynx pendant les périodes byzantine et arabe (*Annales des maladies de l'oreille...*, juin 1901).

Pathologie pharyngée de Paracelse (*Annales des maladies de l'oreille...*, 1901).

Les maladies du pharynx, d'après l'Ayur-Veda, de Susruta, livre de médecine sacrée des Indous (*Annales des maladies de l'oreille...*, 1901).

Le pharynx, porte d'entrée des infections (*Archivos latinos...*, 1901).

Pathologie comparée du pharynx, 1 vol. in-12, Paris, Baillère, 1902.

Histoire des maladies du pharynx (3 vol., Paris, Baillière, 1901-1902).

Contribution à l'historique des polypes naso-pharyngiens jusqu'à Levret (*Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, sept.-oct. 1902).

L'angine d'après les cahiers d'un étudiant en médecine de la Faculté de Paris en 1811 (*Journal de médecine interne...*, octobre 1902).

Les théories des épidémies et des contages jusqu'au xixe siècle (*Archives de parasitologie*, V, p. 583, juin 1903).

L'anneau de Waldeyer, porte d'entrée de différentes infections (*Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, janvier-février 1903).

L'anatomie comparée de l'appareil de transmission de l'ouïe d'après les travaux les plus récents (*Archives internationales de laryngologie...*, mars 1903).

Abcès périamygdalien à évolution indolente (*in eodem*).

Abcès rétropharyngien latéral gauche chez un enfant de trois mois et demi (*in eodem*).

Phlegmon amygdalien ayant précédé une attaque de rhumatisme articulaire aigu et disparu rapidement par délitescence au moment de l'apparition des arthrites (*in eodem*).

Anatomie comparée de l'appareil de transmission de l'ouïe chez les mammifères (particularités). Embryologie de l'appareil de transmission de l'ouïe (oreille moyenne et oreille externe) (*Archives internationales...*, mai-juin 1903).

Quelques particularités sur l'anatomie et la physiologie du voile (*in eodem*).

Ozène et tuberculose (*in eodem*).

Larynx des marsupiaux (*Archives internationales...*, juillet-août 1903).

L'anatomie de l'appareil de transmission de l'ouïe au cours de ces dernières années (pavillon et conduit) (*in eodem*).

Epithélioma de la face inférieure du voile (*in eodem*).

Déformation du squelette nasal par des polypes du nez (*in eodem*).

Trousseau et la diphtérie (*Archives internationales...*, septembre 1903).

Malformations du pharynx et du larynx (*in eodem*).

Tumeur vasculaire du bord inférieur de l'amygdale (*in eodem*).

Infections septiques multiples siégeant dans diverses parties du corps et semblant avoir pour origine une angine grave streptococcique (*in eodem*).

Surdité congénitale chez les animaux (*Archives internationales...*, décembre 1903).

La physiologie de l'appareil de transmission au cours de ces vingt dernières années (*in eodem*).

Anomalies du pharynx (*in eodem*).

Accidents convulsifs paraissant déterminés par des lésions nasales (*in eodem*).

L'oreille externe et l'oreille moyenne chez les lacertiliens d'après Versluys (*Archives internationales...*, janvier 1904).

Leucocythémie amygdalienne (*in eodem*).

Stridor laryngé congénital (*in eodem*).

Hémorragies pharyngo-laryngées chez les hépatiques (*Archives internationales...*, mars 1904).

Homologie et mode de développement des cornets du nez chez les vertébrés amniotes (*in eodem*).

Angine phlegmoneuse, angine rhumatismale, gangrène du pharynx, muguet, dans les cliniques de Trousseau (*in eodem*).

Perforation congénitale des piliers antérieurs (*in eodem*).

L'appareil de l'audition chez les baleines munies de dents d'après Bœnninghaus (*Archives internationales...*, juin 1904).

Nos notions sur l'appareil olfactif au cours de ces dernières années. Embryologie, anatomie comparée. Structure chez l'adulte et relations avec les centres nerveux. Physiologie (*in eodem*).

Abcès péri-amygdalien indolent (*in eodem*).

Papillomes de la région foliacée de la base de la langue sans phénomènes névralgiques (*in eodem*).

Obstruction rare du pharynx buccal (*Archives internationales...*, août 1904).

De quelques localisations peu fréquentes de la syphilis nasale (*in eodem*).

Tumeurs de l'épiglotte (*in eodem*).

Crises d'éternuement probablement d'origine hystéro-traumatique (*in eodem*).

Absence du pilier antérieur droit et de l'amygdale droite (*in eodem*).

Sur quelques points d'anatomie comparée de l'oreille moyenne et de l'oreille externe (Cheval, bœuf, mouton, porc, lapin) (*Archives internationales...*, octobre 1904).

Hypertrophie polypoïde de l'amygdale tubaire droite (*in eodem*).

Traumatisme peu fréquent du voile du palais (*in eodem*).

Déformation du squelette nasal par des polypes muqueux du nez (*in eodem*).

Mastoïdite et sinusite disparues à la suite de poussées articulaires (*Archives internationales...*, décembre 1904).

Le traité des angines de Lasègue (*in eodem*).

Abcès amygdalien indolent (*in eodem*).

Perforation congénitale du pilier antérieur (*in eodem*).

Tuberculose apparemment d'origine pharyngée et propagée au poumon gauche vraisemblablement par la voie lymphatique (*Archives internationales...*, janvier 1905).

Déterminations syphilitiques des sinus frontaux et maxillaires (*Archives internationales...*, mars 1905).

Clous mycosiques développés sur une épiglotte atteinte de tuberculose infiltrante, au niveau d'ulcérations cicatrisées (*in eodem*).

Perforation congénitale du pilier postérieur (*in eodem*).

Influence de la vaccination sur la suppuration de la caisse et l'eczéma du pavillon (*in eodem*).

Tachycardie d'origine nasale (*in eodem*).

Dysphonie, dysphagie, insuffisance nasale, hystériques, chez une tuberculeuse pulmonaire avancée (*Archives internationales...*, mai 1905).

Le squelette cartilagineux des batraciens d'après les travaux récents (*in eodem*).

Pharyngite sèche et chloruration (*Archives internationales...*, juillet 1905).

Hémorragie vélopalatine répétée, probablement d'origine nerveuse (*in eodem*).

Histoire des maladies du pharynx (tome IV, août 1905)

Détermination syphilitique sur le sinus frontal (*Archives internationales...*, septembre 1905).

Une autobiographie de médecin. — Le Docteur Botey... (*in eodem*).

Hygiène de l'oreille, par le prof. Haug (traduction et annotations, en collaboration avec M. Menier, 1 fascicule, octobre 1905).

Pharyngite et chlorure (*Archives internationales....*, novembre 1905).

Isambert, son rôle en pathologie pharyngée.... (*in eodem*).

Régression rapide de végétations adénoïdes à la suite de la rougeole (*in eodem*).

Hygiène du nez, de la gorge et du larynx, par le prof. Neumayer (traduction et annotations, en collaboration avec M. Menier, 1 fascicule, novembre 1905).

Métastases amygdaliennes dans un cas de sarcome des fosses nasales (*Archives internationales...*, janvier 1906).

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par Hammerschlag (traduction et annotations, en collaboration avec M. Menier, 1 fascicule, février 1906).

Antrite de nourrissons sans lésion apparente du tympan (*Archives internationales...*, mars-avril 1906).

Perforation traumatique non compliquée du sinus maxillaire... (*in eodem*).

Amygdalite gauche à la suite de cautérisations galvaniques du pharynx (*in eodem*).

Déterminations syphilitiques du sinus maxillaire (*Archives internationales...*, mai-juin 1906).

Abcès froid streptococcique de l'amygdale droite chez un tuberculeux (*in eodem*).

Troubles auditifs et chlorure de sodium (*Archives internationales...*, juillet-août 1906).

Abcès de la cloison à bacilles de Koch... (*in eodem*).

Histoire des maladies du pharynx (tome V, août 1906).

Abcès amygdalien indolent (*Archives internationales*..., septembre-octobre 1906).

Accidents syncopaux tardifs à la suite de l'adénotomie (*Archives internationales*..., novembre-décembre 1906).

Amygdale aberrante en arrière du pilier postérieur droit (*in eodem*).

Chomel, son rôle en pathologie pharyngée (*Archives internationales*..., janvier-février 1907).

Anomalie palato-staphylienne (*in eodem*).

Épiglottite ulcéreuse aigue d'origine pyogénique (*Archives internationales*..., mars-avril 1907).

Arthrites à la suite de galvano-caustique endonasale (*in eodem*).

Amas lymphoïde de la paroi postérieure du pharynx simulant une amygdale supplémentaire (*Archives internationales*.., mai-juin 1907).

Hémoptysies vraisemblablement ozéneuses chez une jeune fille d'apparence tuberculeuse... (*in eodem*).

Gubler. Son rôle en pathologie pharyngée (*Archives internationales*..., juillet-août 1907).

Guersant. Son rôle en pathologie pharyngée (*Archives internationales*..., sept.-oct. 1907).

Thérapeutique des maladies de la bouche, du pharynx et du larynx, par A. Heindl (traduction et annotations, en collaboration avec M. Menier, 1 fascicule, octobre 1907).

Pinel. Son rôle en pathologie pharyngée (*Archives internationales*..., nov.-déc. 1907).

Broussais. Sa lutte contre Bretonneau à propos de la diphtérie (*Archives internationales*..., janvier-février 1908).

Bacille de Lœffler et végétations adénoïdes (*Archives internationales*..., mars-avril 1908).

Tuberculose laryngée à évolution particulièrement lente (*Archives internationales*..., mai-juin 1908).

PRÉFACE

En me faisant l'honneur de me demander une préface pour le présent ouvrage, M. le Dr Chauveau n'a sans doute envisagé que mon titre de fondateur et d'ancien Président de la Société française d'histoire de la médecine ; il ne pouvait ignorer mon incompétence dans les questions de rhinolaryngologie.

Cette dernière considération, dont il a eu l'indulgence de ne tenir aucun compte, m'empêche de louer comme il conviendrait, et comme je sais qu'elles le méritent à tant d'égards, les importantes recherches du Dr Chauveau sur l'anatomie normale et pathologique, ainsi que sur la pathologie du pharynx, du larynx et du nez. Parmi les nombreux praticiens qui, en France et à l'étranger, se sont spécialisés dans l'étude et le traitement des maladies de ces organes, il a su se créer une situation prépondérante, tant au point de vue professionnel qu'au point de vue scientifique et moral. Les *Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, dirigées par lui avec tant d'autorité, témoignent assez de son labeur incessant et de sa profonde érudition, dont on peut trouver encore nombre de preuves, sous la forme du mémoire ou du livre, dans d'autres publications.

Je suis à l'aise, du moins, pour dire combien m'a paru

intéressant le livre que j'ai l'agréable mission de présenter au lecteur. La tâche quotidienne une fois accomplie, je ne sais rien de plus attrayant que de passer quelques heures dans la fréquentation des vieux écrivains médicaux; on y découvre des trésors de naïveté, en même temps que des prévisions étonnantes, comme des éclairs qui, soudainement, illuminent un ciel obscur. Cette impression se dégage très nettement de la lecture d'un bon nombre d'auteurs vieux de deux ou trois siècles; elle n'est pas moins profonde, quand on prend contact avec ceux du siècle dernier.

Certes, ceux-là ont une mentalité plus conforme à la nôtre : les méthodes scientifiques naissaient à leur époque et l'analyse clinique était en voie de perfectionnement. Rompant avec un passé trop plein de déceptions, tournés vers un avenir gros de promesses, mais de promesses encore confuses et fantomatiques, ils marchent en tâtonnant vers une terre promise dont les contours sortent déjà de la brume. Formés à la forte école des Laënnec et des Bretonneau, ils s'avancent avec prudence : ils s'établissent solidement sur le terrain déjà conquis, puis continuent de cheminer, tout en jetant un coup d'œil investigateur sur les territoires voisins, que d'autres viendront plus tard mettre en œuvre.

Nulle part plus qu'en France, dès la fin du XVIII[e] siècle, ce travail de conquête et d'exploration du domaine médical n'a été poussé avec ardeur et succès. C'est en France que devait éclater la grande révolution pastorienne ; c'est surtout en France qu'elle a été préparée par une pléiade de cliniciens de la plus haute valeur. A les lire, on peut trouver démodées leurs conceptions étiologiques, mais si l'interprétation théorique est souvent en défaut, la pure et simple observation des faits cliniques est fréquemment d'une rigoureuse exactitude.

En dégageant de la médecine courante, si j'ose ainsi dire, tout ce qu'ils ont écrit touchant des questions alors accessoires, mais devenues ultérieurement l'objet de spécialités très florissantes, on demeure frappé d'étonnement : sans l'arsenal instrumental dont nous ne saurions plus actuellement nous passer, ils ont observé des faits très remarquables, ils ont formulé des théories dont plus d'une, ignorée de nos contemporains, a été émise comme nouvelle par quelqu'un de ces derniers ; ils ont, en un mot, préparé l'avenir, c'est-à-dire le brillant épanouissement dont les diverses spécialités médico-chirurgicales nous donnent actuellement le spectacle.

Il est réconfortant de penser que tant d'efforts et tant de talent n'auront pas été dépensés sans que justice soit rendue, sinon à tous, du moins à ceux qui ont été les précurseurs de la rhino-laryngologie.

M. le Dr C. Chauveau leur consacre le présent ouvrage.

On ne saurait trop applaudir à sa pieuse pensée, et il est très désirable qu'il trouve de nombreux imitateurs.

L'hommage qu'il rend ainsi à des médecins illustres rejaillit sur la Faculté de Paris et, d'une façon plus générale, sur la Médecine française tout entière.

R. Blanchard,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

AVANT-PROPOS

Au cours de différents voyages à travers des pays de langues anglaise ou allemande, nous avons pu nous rendre compte du profond attachement que conservent les médecins de ces régions pour les grandes écoles auxquelles ils doivent leur instruction professionnelle. C'est avec orgueil qu'ils citent leurs traditions glorieuses ; c'est avec le plus vif intérêt qu'ils en suivent les progrès incessants. Souvent même ils apportent, comme on le sait, du moins les plus fortunés d'entre eux, une collaboration pécuniaire pour fonder certains cours, pour enrichir divers laboratoires.

Ce sont là d'excellentes tendances que nous sommes heureux de voir renaître peu à peu dans notre patrie. Certes, nous aussi, élèves de cette glorieuse université parisienne, la première en date en Europe, dont l'enseignement fut longtemps si en honneur qu'elle mérita de porter le beau nom de maîtresse et d'institutrice des nations, nous pouvons redire le grand passé, illustré par les ancêtres, rappeler qu'il y a moins d'un siècle la médecine scientifique fut principalement l'œuvre des maîtres de la Faculté de Paris.

Pendant que nous réunissions les matériaux de notre histoire des maladies du pharynx, nous avons pu nous rendre compte de l'exactitude de ce fait, dans cette branche de notre spécialité, et nous avons essayé de le mettre en évidence. Mais, dans une œuvre de cette complexité, cette

notion ressort moins que nous ne l'aurions désiré ; les importants travaux de tel ou tel clinicien éminent se trouvent forcément répartis dans des chapitres distincts qui fragmentent leur étude et rendent confuse, par cela même, une vue d'ensemble.

Il nous a paru que c'était pour ainsi dire un devoir de piété filiale envers l'alma mater qui nous a fourni les bases essentielles de notre instruction médicale, que d'essayer de rappeler d'une façon plus explicite les titres qu'elle possède à notre reconnaissance, à nous, spécialistes des maladies du nez, de la gorge et du larynx [1].

1. Ultérieurement, paraîtra un travail analogue à propos des maladies des oreilles.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Pour bien comprendre l'importance des progrès accomplis et leur filiation successive, il importe d'avoir une notion bien nette de l'état des connaissances, au début du XIXe siècle, sur les maladies de la gorge, du nez et du larynx.

A un coup d'œil superficiel, si on ne consulte surtout que les traités classiques où les matières sont presque toujours exposées d'une façon sommaire, étant donné le plan et les dimensions de l'ouvrage, on est effrayé de l'énormité des lacunes. Nos prédécesseurs sortaient à peine des étroites limites de l'ancienne médecine traditionnelle. Bien des doctrines remontant à la plus haute antiquité, par exemple au vieil humorisme hippocratique et surtout galénique, s'étaient transmises d'âge en âge jusqu'à eux, par exemple la conception qu'on se faisait encore du catarrhe.

L'anatomie pathologique, il est vrai, surtout depuis Morgagni, était venue apporter à la clinique une aide des plus précieuses ; mais beaucoup des faits révélés par elle restaient, il faut bien le dire, à l'état de curiosité. C'est ainsi que bon nombre de dissertations sur des points spéciaux, publiées en France, en Allemagne et en Angleterre, pleines d'érudition et de vues neuves et intéressantes, demeuraient, pour ainsi dire, à l'état de lettre morte, parce que les praticiens ne voyaient pas l'utilité de ces écrits si brillamment développés.

La nosologie n'était guère, en somme, au moins pour ce qui concerne les affections des voies aériennes supérieures, qu'une collection de syndromes, de l'amas plus ou moins confus desquels on s'efforcera plus tard de distinguer les maladies véritables, tâche ardue qui n'est pas encore terminée à l'heure actuelle.

Ce sont les troubles morbides laryngés qui se ressentent le plus de l'imperfection signalée plus haut. C'est que, pour cet organe, bien plus encore que pour la gorge et le nez, l'absence de l'exploration physique se faisait désastreusement

sentir. Aussi, les auteurs de l'époque n'entrevoient-ils, et encore d'une façon très confuse, que les inflammations laryngées aiguës et chroniques. S'ils soupçonnent l'existence possible d'ulcères et de tumeurs malignes, ils n'osent guère l'affirmer du vivant du sujet; celles-ci restent, en somme, des surprises d'autopsies. Néanmoins, quelques cas de cancer sont diagnostiqués dès la fin du premier tiers du XIXe siècle; à partir de ce moment, un certain progrès thérapeutique est réalisé par Trousseau, qui se hasarde à des instillations et des badigeonnages locaux pour combattre certaines lésions phlegmasiques. Cet auteur, de concert avec Belloc, trace également un tableau, remarquable à bien des points de vue, de la phtisie laryngée; mais, contrairement à Louis qui avait vigoureusement affirmé la nature univoque de celle-ci, en se basant sur ses recherches nécropsiques, ces écrivains eurent le tort d'admettre que la même apparence clinique pouvait être réalisée par des lésions anatomiques de nature très différente, non seulement tuberculeuses, mais encore syphilitiques, inflammatoires simples ou même néoplasiques.

Nous allons entrer, à propos de chacun des organes de notre spécialité (gorge, larynx et nez, sauf l'oreille), dans des détails circonstanciés qui permettront de se faire une idée plus nette des différentes caractéristiques de la nosologie de l'époque, pharyngée, laryngée et nasale.

I. — MALADIES DU PHARYNX

1. Exposé succinct de la pathologie pharyngée avant le XIXe siècle

L'accessibilité du pharynx, au moins dans une partie de son étendue, ayant permis aux cliniciens de se rendre, de très bonne heure, un compte suffisant de bon nombre de ses lésions, il en résulte que l'historique des affections de cet organe remonte très haut. Dans un autre ouvrage, nous nous sommes efforcé de montrer, siècle par siècle pour ainsi dire, le progrès des connaissances médicales sur le sujet. Il serait hors de proportion, avec le plan que nous nous sommes imposé, de revenir sur ces faits; et, pour plus ample information, nous renvoyons le

lecteur à notre histoire des maladies du pharynx. Nous nous contenterons ici de renseignements plus sommaires et d'un caractère plus général.

Rappelons d'abord que, pendant la période gréco-romaine, l'esquinancie (c'est-à-dire les inflammations pharyngées) est seule bien connue. Malheureusement, égarés par une certaine similitude étiologique et une coïncidence assez fréquente des deux affections, les anciens confondirent ensemble, sous un vocable commun, les phlegmasies gutturales et les phlegmasies laryngées. Ils regardèrent, il est vrai, ces dernières comme une variété de synanche interne que ne révèle aucune lésion apparente et insistent à ce propos sur les phénomènes d'étranglement; mais Galien est seul, à peu près, à comprendre que la première de ces maladies (notre angine) se distingue surtout par des phénomènes dysphagiques et la seconde (notre laryngite) par des troubles vocaux.

Dans la collection hippocratique déjà, on trouve néanmoins des notions des plus intéressantes sur les inflammations du gosier. Ainsi, il n'est pas difficile de démêler, dans les observations cliniques qui y sont rapportées, dans les livres des aphorismes et du pronostic, des formes de la maladie : catarrhales, phlegmoneuses et même septiques. Il y est dit que l'érysipèle de la face, en rentrant, fait courir aux malades les plus sérieux dangers. Les complications de l'angine, dont il était facile du reste de se rendre compte avec la théorie de la métastase des humeurs, sont signalées en grand nombre et avec une clarté suffisante.

Cœlius Aurelianus, Arétée, Archigène, Galien nous ont laissé un tableau clinique remarquable de l'affection. Quant à Celse, qui est surtout un thérapeute, il se préoccupe principalement de questions du traitement. Rappelons, à ce propos, que la plupart des médications actuelles du mal de gorge trouvent leur contrepartie dans l'antiquité.

L'étude de l'amygdalite suppurée et de l'angine phlegmoneuse en général présentaient, chez les écrivains de cette époque reculée, bien des lacunes ; cependant les chirurgiens d'alors savent assez bien ouvrir une collection tonsillaire, ainsi qu'il appert de la lecture de Paul d'Égine par exemple. Arétée et Aetius possèdent sur le mal syriaque, c'est-à-dire sur la diphtérie maligne buccopharyngée, des connaissances remarquables, bien qu'ils en ignorent totalement l'anatomie pathologique et qu'ils fassent plutôt ressortir le caractère épidémique que contagieux du fléau. Sous le terme vague d'ulcères, les nosologistes grecs

décrivent non seulement l'affection précédente, mais encore le noma, les aphtes, le muguet et aussi peut-être des processus ulcéreux véritables. Il est, en tout cas, très difficile de décider ce qu'ils avaient en vue quand ils parlent d'ulcérations de la gorge.

Celse, Galien, Arétée connaissaient parfaitement l'hypertrophie tonsillaire, dont l'écrivain romain indique la technique d'ablation, sur laquelle Paul d'Égine reviendra plus tard d'une façon plus circonstanciée.

Les Arabes n'ajoutèrent rien d'essentiel aux notions fournies par les médecins grecs, sauf peut-être Avenzoar qui signale un cas de paralysie pharyngée; mais, du moins, ils ne laissèrent rien perdre des connaissances de leurs prédécesseurs et la description de l'angine par Avicennes, notamment, est vraiment remarquable.

Ecrasés par la barbarie et le malheur des temps, soumis aveuglément au galénisme, les écrivains médiévistes étaient dans de bien mauvaises conditions pour s'occuper des questions scientifiques; aussi ce que recherchent les auteurs de l'époque, ce sont surtout des formulaires de recettes, sur le choix desquelles ils se montrent peu scrupuleux. Cependant, les humbles chirurgiens de cette période se révèlent plus progressistes que les orgueilleux médecins, infatués de leurs connaissances d'emprunt. Ils ont consigné dans leurs écrits des renseignements utiles sur les abcès pharyngiens, qu'ils se décidaient à ouvrir dans nombre de cas.

Avec la Renaissance et surtout avec les temps modernes commence heureusement une autre période. L'œuvre des anciens, en pathologie pharyngée, comme dans les autres branches de la médecine, est reprise et complétée.

Voici quel est l'état de la nosologie gutturale à la fin du XVIIIe siècle :

L'*angine* tendait non seulement à être séparée de plus en plus de la laryngite, mais encore à se subdiviser, principalement sous l'influence de Boerhaave et de Sauvage, en une foule d'entités morbides plus ou moins viables. Si l'étiologie restait un peu vague et entachée d'idées théoriques de valeur douteuse (métastase répercussive de la suppression d'un flux habituel, etc.), si l'anatomie pathologique n'existait pas, si humoristes, iatromécaniciens, iatrochimistes se disputaient vainement pour expliquer sa pathogénie, l'évolution clinique du mal était déjà bien connue et on différenciait les formes catarrhales des formes graves, à allure phlegmoneuse ou septique. L'amygdalite aiguë, déjà considérée à part par les anciens, est maintenant mieux étudiée.

Boerhaave parle non seulement des variétés signalées plus haut, mais encore d'une angine œdémateuse, d'une angine suppurée, d'une angine gangreneuse, d'une angine sèche, etc., et il mentionne très nettement les troubles auriculaires. Sauvage, renchérissant sur Boerhaave, admet une angine catarrhale, une angine pléthorique, une angine synochiale, une angine épidémique, une angine polypeuse, une angine gangreneuse. Cullen se montre un peu plus simpliste que les précédents. Il en est de même de Vicq d'Azyr. Pinel les dépassa à ce point de vue; car, dans son traité de nosographie, il ne décrit qu'une angine tonsillaire, une angine catarrhale et une angine suppurative. Le système de Broussais favorisa cette tendance qu'avaient beaucoup de cliniciens à revenir à l'idée d'un type unique, présentant seulement des différences d'intensité ou d'allure, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, rebutés qu'ils étaient par les complications introduites récemment dans le type esquinancie des anciens. Suivant le physiologisme, en effet, les processus les plus divers, tels qu'ulcères, fausses membranes, gangrène, pouvaient dériver d'une même cause, suivant le degré de violence de celle-ci. Il est intéressant de rappeler que si, cliniquement, la pharyngite aiguë proprement dite était mieux connue que dans l'antiquité, par contre, ses complications restèrent dans l'ombre, sauf, bien entendu, celles d'ordre suppuratif.

Les auteurs de la période gréco-romaine avaient déjà, il est vrai, parlé de l'*hypertrophie des amygdales*, indiquant son origine inflammatoire, signalant les troubles mécaniques qu'elle détermine. Ils avaient même recommandé contre elle la destruction par le fer rouge ou l'ablation par l'instrument tranchant ; mais les écrivains des temps modernes développèrent ces notions et, tout en conservant l'appellation vicieuse de squirre, qui supposait une dégénérescence cancéreuse, ils n'hésitèrent pas plus que leurs devanciers à conseiller dans certains cas l'extirpation. Quelques-uns proposaient, dans ce but, un moyen nouveau, la ligature, lorsque l'organe était nettement pédiculé, réservant les procédés anciens pour les tonsilles sessiles, à large base d'implantation.

Le terme d'*ulcère* continuait à désigner des lésions vagues d'origine multiple, aphteuse, inflammatoire, fistuleuse (ouverture non cicatrisée d'un abcès amygdalien par exemple), gangreneuse (noma?), cancéreuse et surtout syphilitique. La plupart des déterminations bucco-pharyngées de la vérole (secondaires, tertiaires) étaient englobées sous cette appellation; leur fréquence paraissait si grande, que toute solution de continuité persis-

tante de la gorge suscitait presque instinctivement dans l'esprit de l'observateur l'idée de la syphilis.

Les *tumeurs pharyngées*, sauf les fibromes de la voûte du cavum, n'étaient pas même entrevues ; pour ceux-ci, on proposait généralement la ligature par les voies naturelles, l'arrachement avec des pinces puissantes et la cautérisation étant généralement abandonnés. Cependant, la nécessité d'une voie artificielle pour arriver plus aisément sur la base d'implantation du néoplasme commençait à se faire sentir ; et, si les uns, renouvelant une vieille tentative hippocratique, se contentaient de fendre le nez sur la ligne médiane, Manne d'Avignon préférait inciser le voile également sur la ligne médiane, réalisant ainsi une sorte d'esquisse préliminaire du procédé employé plus tard par Nélaton.

Les *troubles nerveux* du pharynx, signalés autrefois par Galien (spasmes, paralysies) d'une façon très vague, il est vrai, puis par Avenzoar qui rapporte un cas de paralysie de cet organe, fixèrent l'attention de quelques nosologistes. Forestus, Schenkius, Platter, Rivière, etc., rapportèrent des cas intéressants de spasme et de paralysie siégeant le plus souvent du côté de l'œsophage, mais occupant parfois aussi la gorge.

Un des grands progrès accomplis en nosologie pharyngée par les médecins des temps modernes est l'étude remarquable qu'ils nous ont laissée des *pharyngites secondaires* à certains états généraux de nature plus ou moins infectieuse. C'est du reste à cette période que l'on doit, comme on le sait, des notions véritablement scientifiques sur les diverses pyrexies exanthématiques. L'attention très en éveil des grands observateurs de l'époque (Sydenham, Morton, Huxham, etc.) ne laissa pas échapper les déterminations bucco-pharyngées de ces fièvres, d'autant plus qu'on savait depuis longtemps que certains états fébriles font sentir leur influence du côté du gosier.

Si Ingrassias (qui paraît le premier avoir signalé l'existence du mal), Coyttar, Sennert, Ethmüller, Sydenham ne parlent pas de l'*angine scarlatineuse*, c'est qu'ils n'avaient été témoins que de ces épidémies bénignes dont la symptomatologie est singulièrement effacée et souvent anormale. Les ravages exercés au XVIIIe siècle par cette affection furent autrement sévères ; aussi Morton, Huxham, Fothergill en Angleterre, Dupuy de la Porcherie, Sauvage, Marteau en France, Tissot en Suisse, Rosen en Suède, etc., insistèrent-ils sur la multiplicité et la gravité des manifestations pharyngées. Il s'établit même dans l'esprit des nosologistes, grâce surtout à Fothergill, une confusion entre le garotillo de funèbre mémoire (diphtérie maligne du XVIIe siècle)

et l'angine scarlatineuse; d'ailleurs, l'on savait que celle-ci pouvait ne pas coïncider avec une éruption cutanée (scarlatina sine scarlatinis).

Les grands épidémiologistes de l'époque, tels que Morton, Huxham, Planciz avaient noté l'invasion du bucco-pharynx par les pustules de la *variole*, déterminant un gonflement considérable de la région, parfois des fausses membranes (Huxham) ou même de la gangrène (Verduc).

Quant à la *rougeole*, on se bornait à signaler un peu de sécheresse, d'ardeur de la gorge, de difficulté de la déglutition, accompagnées parfois d'un certain gonflement des amygdales. Le noma, fréquent cependant chez les enfants cachectiques, n'est pas signalé.

Les troubles pharyngés de l'*influenza* (angine catarrhale, amygdalites), fréquemment observée dès cette époque, furent mentionnés ainsi que leur extension aux parties voisines (nez, larynx, bronches).

C'est au XVIIe siècle, ainsi qu'on le sait, que la *diphtérie* semble être reparue après une longue éclipse, peut-être plus apparente que réelle. Elle s'appesantit, fléau aussi redoutable que la peste, sur l'Espagne et sur l'Italie méridionale. Comme autrefois en Syrie et en Egypte, du temps d'Arétée et d'Aetius, c'était de la diphtérie maligne qu'il s'agissait. Les auteurs qui se sont fait les historiens de ces redoutables épidémies ne tardèrent pas à reconnaître que le mal était contagieux. Quelques-uns distinguèrent même un double mode de transmission (par l'air et direct). Si certains incriminent un amas de phlegme, d'autres parlent de charbon, d'érysipèle, c'est-à-dire de processus septiques et très virulents.

Le sphacèle des couches superficielles de la gorge était universellement admis. Cortesius remarqua que celles-ci peuvent se détacher du vivant du malade sous forme de membranes. D'ailleurs, la présence de ces membranes, vaguement entrevue par Aetius à la période gréco-romaine, avait été plus nettement affirmée, à l'époque que nous étudions, par Juan de Villareal, Herrera, Juan de Soti, etc.

Les symptômes assignés au garotillo par les auteurs espagnols, au morbus strangulatorius par les écrivains napolitains, prouvent indubitablement qu'il s'agissait de la forme maligne de la diphtérie. Ils insistent tous en effet sur la gravité des phénomènes généraux, sur la dépression du système nerveux, sur l'existence assez fréquente des hémorragies, sur la teinte plombée de la face, sur les liquides sanieux s'échappant de la bouche et du nez.

Quelques-uns parlent nettement des troubles respiratoires qui se montreraient au bout d'un certain temps chez quelques sujets. Ils avaient donc été témoins de croups, à forme un peu spéciale, il est vrai. Sgambati et Heredia mentionnent, à côté des variétés si graves précitées, des formes plus légères, à fièvre modérée, à dysphagie moins accusée et susceptibles de guérison.

Les nosologistes du temps ne firent guère attention à ces faits réalisant le type de la diphtérie commune et en restèrent à la conception du garotillo, tel qu'il avait été entrevu par les médecins espagnols et italiens. Aussi, quand Home signala à Edimbourg l'existence d'une affection caractérisée par l'existence de fausses membranes, déterminant peu à peu une asphyxie d'allure mécanique, sans grande réaction générale, sans détermination pharyngée apparente, tout le monde conclut à une affection nouvelle. La coïncidence des déterminations gutturales et des localisations laryngées chez le même sujet, signalée par Ghisi, Starr, Samuel Bard et quelques autres principalement de nationalité scandinave ne fixa pas l'attention. Il faudra le génie de Bretonneau pour faire disparaître une erreur si généralement admise.

Les *accidents bucco-pharyngés de la vérole* ont été mentionnés par les plus anciens syphiligraphes. Nicolas Massa affirmait cependant qu'ils sont rares tout à fait au début du mal ou à une période tardive. Paracelse soutenait que les ulcères vénériens de la gorge ont une grande importance pour le diagnostic de l'affection, dans les cas où le chancre notamment aurait passé inaperçu. Avec quelques-uns, il parle de perforations faisant communiquer le nez avec la bouche ; il affirme que ces lésions, manquant de baume naturel, sont difficiles à guérir. Faventinus croit que l'infection peut s'effectuer dans la gorge et rapporte un cas semblant prouver la réalité de ce mode de transmission. Mais, en outre de ces ulcères vénériens précoces (plaque muqueuse) ou tardifs (lésions gommeuses), Troja affirma l'existence de véritables angines syphilitiques. Notons qu'en 1787, Swédiaur mentionne expressément, dans son traité, l'érythème bucco-pharyngien de nature vénérienne.

2. La nosologie pharyngée dans le cours des deux premiers tiers du XIXe siècle

A. Influence des idées régnantes en pathologie générale sur la nosologie pharyngée. — Comme pour le reste de la médecine, on peut distinguer, en nosologie pharyngée, une époque antérieure au système de Broussais où prédominent encore les influences

du XVIII[e] siècle, une période assez courte, du reste, où le physiologisme sembla un moment devoir l'emporter, suivie bientôt, il est vrai, d'une réaction, où les doctrines nouvelles croulèrent de toutes parts. Les tendances des adeptes de Broussais et du maître lui-même étaient un organicisme outrancier, c'est-à-dire la négation des maladies générales et l'affirmation de lésions cantonnées, plus ou moins étendues dans un organe ou dans une série d'organes. C'était le rejet des conceptions humorales et autres qui considéraient les altérations morbides locales comme la simple conséquence d'un trouble primordial de l'économie. C'était aussi l'acceptation d'une étiologie absolument banale, n'invoquant que des causes initiales non spécifiques, telles que refroidissement, traumatisme, gaz ou poussières irritantes. Il fallait bien cependant reconnaître que le contact avec certaines fièvres exanthématiques, par exemple, peut déterminer des troubles morbides plus ou moins graves; mais, profitant de l'allure variable que revêtent souvent ceux-ci, Broussais se tirait d'affaire en soutenant qu'il s'échappe des parties malades des effluves sans caractère spécifique ; car elles n'amèneraient pas forcément chez le contaminé des symptômes analogues à ceux de la cause première. Il pensait, par une conception *a priori*, basée sur les perturbations certaines qui doivent résulter d'une mauvaise digestion, que bon nombre de maladies de l'organisme, l'angine par exemple, pourraient bien être le résultat de la propagation au loin de sa fameuse gastrite. Enfin, cet auteur soutenait qu'une irritation, quelle que soit sa nature, peut, suivant son intensité, réaliser les processus les plus divers, catarrhaux, suppuratifs, hypertrophiques, scléreux, gangreneux et même pseudomembraneux.

Ces considérations générales ne sont pas ici un hors-d'œuvre; car elles expliquent bien des dissemblances entre la pathologie pharyngée des siècles précédents et celle de 1830 par exemple. La cause passant toujours pour être une irritation banale, c'est-à-dire univoque et pouvant réaliser des lésions très variables, il en résultait presque forcément qu'il était parfaitement inutile d'admettre les nombreuses variétés d'angine imaginées par Boerhaave, par exemple, ou par Sauvage. En effet la tendance à la simplification, en lutte permanente avec la tendance contraire depuis bien des siècles, fit qu'on fût de plus en plus porté à croire, à cette époque, qu'une angine aiguë, présentant deux formes principales : catarrhale et suppurative, suffisait à presque tous les besoins de la nosologie et de la clinique. Si l'on séparait l'amygdalite de ce complexus symptomatique, c'est qu'ici la phlegmasie évoluait dans un

tissu glandulaire dont la structure diffère par cela même de celle du reste du pharynx. L'intransigeance organiciste eut, par contre, cet heureux résultat de pousser à différencier aussi, plus qu'on ne l'avait fait, l'angine des premières voies respiratoires de celle des premières voies digestives. A l'une on donna le nom de laryngite, à l'autre celui de pharyngite. Toutefois on aurait tort de croire que ce mouvement des esprits, amené par le physiologisme, ait régné sans conteste. Les cliniciens de l'époque restaient en grande partie fidèles, en secret, aux doctrines de leur jeunesse ; mais, effrayés par l'audace et la jactance des jeunes novateurs groupés autour de Broussais, ils n'osaient guère prendre la parole. Quelques-uns cependant, tels que Cayol, avaient ce courage. Il suffit de parcourir les écrits du temps et même les thèses, la faculté jusqu'en 1830 restant rebelle aux idées nouvelles, pour voir que les doctrines traditionnelles, bien que vivement attaquées, subsistaient encore plus ou moins. En 1830, il est vrai, profitant de la révolution politique qui s'était établie, Broussais triomphe en apparence ; mais les immortelles découvertes de Bretonneau, son grand rival de Tours, en rétablissant la spécificité en pathologie, avaient ruiné, en réalité, les bases mêmes de son système, ainsi que cela ne tarda pas à transpercer ; de telle sorte que ce vainqueur était en réalité un vaincu. Néanmoins certaines façons de voir, hostiles aux hypothèses traditionalistes, une certaine défiance, une certaine crainte de se laisser duper par les conceptions trop générales, une confiance trop absolue dans les données de l'anatomie pathologique, persistèrent chez un grand nombre de nosologistes de l'époque, si bien que, dans leurs traités, la pathologie pharyngée conserve, en grande partie, l'aspect simpliste que lui avait imprimé Roche par exemple. Chez d'autres au contraire, plus enclins à suivre les idées traditionalistes (Chomel et Blache par exemple), les travaux des anciens sont rappelés, les variétés mentionnées par eux sont signalées, mais surtout à titre de renseignement plutôt que d'acceptation.

Après la chute du physiologisme, une tendance toute dissemblable ne devait du reste pas tarder à se dessiner, c'était la doctrine des diathèses, soutenue avec talent par des auteurs de grande valeur, tels que Bazin, Pidoux, etc. Dès lors, beaucoup admirent une angine scrofuleuse, une angine goutteuse, une angine dartreuse à laquelle on attribuait généralement les granulations de la gorge signalées par Chomel. Il en résulta que l'attention fut ainsi attirée, plus qu'elle ne l'avait été jusqu'alors, par les processus phlegmasiques chroniques de la gorge. Toutes ces doctrines

de pathologie générale, retentissant directement sur la pathologie spéciale des différentes régions de l'économie et du pharynx en particulier, ont eu la France comme principal théâtre, bien que l'organicisme et les tendances anatomo-pathologiques plus ou moins exclusives eussent aussi envahi l'Allemagne. D'ailleurs ici, comme nous l'avons dit plus haut, on se préoccupera exclusivement des travaux français, nous contentant pour ceux d'origine étrangère, d'une brève allusion quand cela nous paraîtra nécessaire.

B. **Les affections pharyngées en particulier.** — Entrons maintenant dans les particularités propres aux diverses affections du pharynx.

L'angine aiguë simple fut de plus en plus considérée comme une affection des voies digestives supérieures, quoique coïncidant fréquemment avec la laryngite et présentant avec celle-ci des traits communs. Quelques auteurs, pour être plus clairs, adoptèrent même l'appellation de pharyngite.

D'autre part, la signification du terme fut notablement éclaircie à la suite du démembrement qui en retira toute une série de phlegmasies à étiologie et souvent à lésions spéciales, ainsi qu'on le verra plus loin. Mais ceci ne surviendra que plus tard. Au début, c'est la tendance à la simplification qui prédomine et l'abandon plus ou moins net des variétés trop nombreuses et assez mal caractérisées cliniquement, créées par certains nosologistes du siècle précédent. Pendant les trente premières années de l'époque que nous étudions, on n'admet généralement que les types morbides suivants : une inflammation catarrhale des voies aériennes et digestives supérieures (catarrhe grippal par exemple), une phlegmasie (isthmite) bien cantonnée au contraire à la gorge, débordant du reste assez largement les tonsilles pour ne pas être prise pour une amygdalite aiguë, une tonsillite limitée au contraire à ces glandes, une pharyngite aiguë supérieure et une pharyngite aiguë inférieure assez rare (épiglottite et amygdalite linguale ?) siégeant dans la cavité même de l'organe, mais n'intéressant pas l'isthme comme l'angine aiguë proprement dite. La gravité de l'évolution avait fait distinguer cependant d'assez bonne heure, des phlegmasies habituelles du gosier, certaines affections d'allure inquiétante au point de vue local comme au point de vue général, et qu'on qualifia de bonne heure de septiques ou putrides pour les distinguer des angines bénignes habituelles. Beaucoup se contentaient de cette classification qui avait du moins le mérite de ne rien préjuger de la nature des choses. Peu à peu, l'observation aidant, on en viendra à regarder, malgré l'apparence peu accen-

tuée des désordres locaux, dans beaucoup de cas, ces sortes de pharyngites comme l'équivalent d'une maladie générale très sérieuse et bientôt on sera progressivement amené aux idées que Bouchard et Landouzy exprimeront plus tard avec tant d'autorité. Du reste, si les vitalistes s'expliquaient assez aisément cette malignité, les organiciens se montraient plus embarrassés et cherchaient à admettre l'existence de lésions très graves, mais dissimulées. En tout cas, on insistait beaucoup plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici sur la distinction en angines primitives et angines symptomatiques ; car on savait que nombre de pharyngites ne sont souvent que l'expression d'une perturbation générale souvent mal accusée, comme cela se voit par exemple dans les scarlatines sans éruption cutanée. Certains pensaient même qu'en temps d'épidémie, diverses inflammations buccopharyngées, en apparence bénignes et bien cantonnées, relèveraient en réalité de pyrexies exanthématiques variées ou même de la diphtérie.

L'étiologie, par suite de la chute des doctrines humoristes et de la prédominance de la doctrine de l'irritation (iatromécaniciens, iatrochimistes, Cullen, Brown, Haller, Broussais) s'était notablement simplifiée. On abandonna généralement les idées de la répercussion sur la gorge d'un flux supprimé autre part, d'une angine métastatique dépendant d'une phlegmasie éloignée, intestinale, rénale ou hépatique, pour admettre des facteurs étiologiques vulgaires, tels que froid, vapeurs et poussières irritantes; mais, quand la doctrine des diathèses fera son apparition, on recherchera dans les conceptions nouvelles les causes de cette prédisposition si souvent constatée depuis des siècles, mais toujours si mal expliquée.

Le manque d'autopsies où l'on puisse reconnaître nettement les altérations morbides d'une pharyngite aiguë primitive, pénurie dont Morgagni se plaignait déjà, empêchait les anatomopathologistes de donner des renseignements bien précis sur les lésions propres aux angines; cependant quelques-uns séparent nettement celles qui se cantonnent à la superficie de celles qui gagnent la profondeur, distinction qui deviendra fondamentale chez les auteurs allemands sous le nom de catarrhe et de lésions diphtériques ou mieux interstitielles (Bamberger). En tout cas, quelle que soit la dissemblance des désordres anatomiques constatés, la plupart, à l'exemple de Broussais, pensent que tous peuvent être réalisés par un facteur morbide quelconque, suivant son degré d'intensité et sa durée d'application [1]. Bretonneau,

1. C'est Lebert qui essaya d'introduire la doctrine des éléments mor-

à propos des fausses membranes de la diphtérie est le premier à dire que la production sur une muqueuse d'un dépôt fibrineux n'a rien de spécifique et peut être réalisée par des agents irritatifs quelconques. Seuls, l'allure du mal, le cantonnement des altérations morbides ou leur diffusion seraient caractéristiques. Mêmes remarques dans Devergie, à propos des ulcères de la bouche et du pharynx. Cet auteur soutient que l'origine de ceux-ci peut être si multiple, leurs analogies si frappantes, quelles que soient leurs causes, que le clinicien en est réduit à se baser presque uniquement sur les antécédents et les résultats du traitement. C'était l'idée fondamentale du physiologisme ; plus tard, sans admettre la spécificité de certaines altérations morbides phlegmasiques, on reviendra sur ce que les doctrines de Broussais avaient d'absolu et on reconnaîtra que la fréquence de tel ou tel processus et surtout son évolution dépendent en grande partie de l'étiologie.

Quant à ce qui concerne le début, on note que certains cas sont annoncés par des troubles généraux (fièvre, malaise, courbatures) et d'autres par la réaction locale symptomatique bien connue ; mais les auteurs du temps ne voient pas le parti qu'on peut tirer, au point de vue de la pathologie générale, de ces différences du mode d'invasion, dont on ne comprendra le mécanisme qu'au moment de l'introduction de la notion d'infection microbienne. A côté des variétés à sécrétion muqueuse, puis muco-purulente, très accentuées, Broussais en admettra de caractérisées au contraire par la sécheresse et la rougeur foncée des tissus. Le gonflement du voile et surtout de la luette avait depuis longtemps été signalé. D'autres nosologistes insisteront sur la diffusion de l'œdème à tout le pharynx.

En faisant exception des formes malignes mentionnées plus haut, on regardait l'angine comme une affection bénigne en somme et à évolution très rapide. Les complications, souvent si bien entrevues par les humoristes, sont négligées ou bien même niées.

Quant au diagnostic, on se préoccupe surtout de savoir s'il s'agit oui ou non de la diphtérie ; à ce sujet, Vidal de Cassis crée la fameuse division en angines rouges et en angines blanches. Les cliniciens insistent tous sur l'importance de cette différenciation. Les signes distinctifs signalés par eux seront rapportés à propos des autres espèces d'angines.

bides spéficiques, doctrine qui ne tarda pas à crouler de toute part et ne fut jamais universellement acceptée.

Quant au traitement, les lénitifs, les bains locaux, les gargarismes adoucissants ou astringents, les collutoires, les méthodes dérivatives (révulsion, pédiluves, purgatifs) étaient déjà prescrits par les médecins des siècles antérieurs; et, tout comme eux, beaucoup de praticiens de l'époque abusaient de la saignée, quand la réaction inflammatoire tendait à dépasser les limites habituelles. La phlébotomie constituait même pour certains l'agent curatif essentiel contre les *suppurations pharyngées* et *péripharyngées*. Rappelons que ces dernières ne furent étudiées scientifiquement, et cela assez tard, qu'à la période que nous parcourons. Certes, les collections purulentes de la région, notamment celles déterminées par les corps étrangers, n'avaient pas échappé aux praticiens d'autrefois, mais leur siège primitif ne fut guère précisé par eux. Si on avait mentionné leur ouverture au dehors ou leurs fusées vers le thorax, leur topographie exacte et leur évolution n'avait pas été encore suffisamment élucidées. J. L. Petit et Recollin avaient cependant mieux étudié qu'on ne l'avait fait auparavant, le premier les abcès de la partie supérieure, le second les abcès de la partie inférieure de l'organe. Mais, c'est Velpeau qui fit connaître véritablement les collections purulentes appelées abcès latéropharyngiens, auxquels il imposa l'appellation d'angine celluleuse, pour bien marquer que l'inflammation siégeait dans le tissu lamineux situé en arrière des amygdales. La dysphagie, suivant lui, serait légère, le mal se portant plutôt en dehors qu'en dedans, du côté de la cavité pharyngée; néanmoins on observerait un certain refoulement en masse, vers la ligne médiane, de l'amygdale et des piliers du côté malade, en même temps qu'il y aurait tendance à l'effacement, de ce côté aussi, du creux parotidien et du creux sus-hyoïdien. Les symptômes locaux et généraux seraient ceux du phlegmon circonscrit et parfois même du phlegmon diffus. Contre les lésions de ce genre, l'intervention sanglante semblerait à peu près seule indiquée. Rappelons que l'on trouvait déjà dans la littérature médicale du temps quelques exemples de phlegmon latéral du cou reconnaissant une autre origine telle que carie dentaire (Gilbert S. Bonneau), de fonte purulente des ganglions lymphatiques cervicaux (Cruveilhier). Le cas de Londe indiquait, d'autre part, quel danger peut résulter de la pénétration des fusées purulentes de ces collections dans l'intérieur du thorax, pendant que d'autres faits démontraient l'ulcération possible, dans les mêmes conditions, des gros vaisseaux de la région. Mais, faute de données anatomiques suffisantes, les suppurations de cette nature furent longtemps confondues non seulement avec la péritonsillite, mais encore avec

l'abcès rétropharyngien. On sait que les anciens connaissaient ces derniers, mais les attribuaient uniformément à une carie du rachis. Ambroise Paré, puis beaucoup plus tard Desault, Roussille-Chausseru, Dupuytren, Abercrombie, Friou, Mott, Forget, Mandre-Dassit, Bouvier en publièrent des exemples qui ne reconnaissaient pas tous cette étiologie ; ces observations restaient néanmoins à l'état isolé, sans grande utilité pour la science ; mais bientôt Mondières, et, un peu plus tard, Gillette firent de ces lésions une étude détaillée qui mirent suffisamment en lumière les principaux traits de leur histoire.

La *péritonsillite* est un type morbide qui a été créé en réalité par Lasègue; il faut remarquer toutefois que Chassaignac avait signalé déjà l'existence d'une aponévrose rétroamygdalienne bridant en dehors les abcès de la région. Du reste, la bourse rétrotonsillaire avait complètement échappé à cet éminent chirurgien, ainsi qu'à ses successeurs immédiats; aussi incisait-on, un peu au hasard, là où le bombement des parties paraissait le plus saillant.

L'*herpès du pharynx* avait été signalé au commencement du XIXe siècle par Bateman; d'autre part, l'école de Tours lui avait donné une assez grande importance, en lui attribuant la plupart des angines pseudomembraneuses communes, c'est-à-dire ne relevant pas de la diphtérie; mais la symptomatologie de l'affection n'avait pas frappé les nosologistes de l'époque. C'est Gubler qui a fait connaître en réalité la réaction si spéciale de l'organisme. Pour mieux qualifier celle-ci, il donna au mal une dénomination nouvelle et l'appela « angine herpétique ». Trousseau, Lasègue, puis Parrot complétèrent la description si remarquable qu'en avait laissée leur prédécesseur.

C'est à Gubler également que l'on doit encore la réintroduction, dans le cadre nosologique, de l'*angine gangreneuse*. On avait englobé longtemps dans celle-ci la diphtérie tout entière. Lorsque Bretonneau eut démontré que le sphacèle faisait défaut au cours de cette dernière, on fut entraîné à admettre que celui-ci n'était qu'une imagination des écrivains antérieurs trompés par l'état putrilagineux des fausses membranes tapissant le pharynx. C'est en vain que Delaberge et Monneret s'étaient efforcés de réagir. Les quelques cas publiés çà et là n'ébranlèrent pas la conviction du public médical. Cependant Rilliet et Barthez firent de nouveau une certaine place à la mortification des tissus de la région, tout en la considérant comme un phénomène ultime, dans lequel la phlegmasie faisait défaut ou ne jouait qu'un rôle insignifiant. Cette façon de voir fut longtemps classique; mais la terrible épi-

démie parisienne de diphtérie de 1855 permit à Gubler de constater que le mal pouvait, exceptionnellement il est vrai, déterminer du côté du pharynx des lésions nécrobiotiques. Il alla du reste jusqu'à supposer que, dans certains cas, il pourrait exister une angine gangreneuse d'emblée, dont la symptomatologie se confondrait plus ou moins avec celle des pharyngites septiques déjà connues à cette époque. Trousseau lutta d'abord énergiquement contre une façon de voir si contraire aux opinions exprimées par l'école de Tours; mais, éclairé par des faits publiés de tous côtés, il finit par se rallier aux idées exprimées par Gubler, tout en formulant des réserves expresses sur la fréquence des altérations morbides gangreneuses au cours de la diphtérie. Du reste, constatons à ce propos que le sphacèle propre à la forme secondaire de celle-ci n'avait pas tout à fait rencontré la même incrédulité que lorsqu'il s'agissait de l'angine pseudo-membraneuse spécifique primitive. Guersant lui-même avait parlé d'une nécrobiose possible dans la diphtérie scarlatineuse.

L'*érysipèle du pharynx* est, comme l'angine gangreneuse, un exemple typique des changements radicaux d'opinion qui surviennent parfois en pathologie. Mentionné depuis l'époque hippocratique, puis dans les temps modernes par Sennert, Sydenham, Boerhaave, Van Swieten, Darluc, Hoffmann, Lory, il fut rayé de la pathologie gutturale, parce que Cullen avait soutenu que les manifestations de cette nature ne se rencontraient que sur les téguments internes munis d'un épithélium. Or, celui du bucco-pharynx était encore ignoré. D'ailleurs, l'organicisme intransigeant de l'époque ne permettait guère de comprendre comment des membranes d'aspect et de fonctionnement si dissemblables en apparence, comme la peau et la muqueuse bucco-pharyngée, pourraient être atteintes par une même affection. Aussi l'opinion contraire, exprimée par Rayer et quelques autres dermatologistes, ne trouva guère d'écho. Les cas d'œdème de la glotte à la suite d'érysipèle de la face publiés successivement par Bouillaud, Bayle, Copland, Leveillé n'attirèrent pas davantage l'attention et il en fut à peu près de même pour les faits relatés par Gull en Angleterre et Goupil en France, vers 1850. Il fallut la célèbre communication faite en 1855 par Gubler, à la société médicale des hôpitaux, pour secouer l'apathie générale. Une brillante clinique de Trousseau, la remarquable monographie de Cornil, l'étude si importante consacrée à l'érysipèle du pharynx par Lasègue, dans son traité des angines, achevèrent d'entraîner toutes les convictions.

L'*angine rhumatismale* est, comme l'angine herpétique, une

entité morbide créée par les nosologistes des deux premiers tiers du XIXe siècle. En effet, Boerhaave, Cullen et Stoll étaient restés muets sur les rapports entre l'arthritisme et la gorge. Sauvage avait signalé vaguement ceux-ci à propos de l'angine « métastatique ». Heberden et Haygarth s'étaient montrés un peu plus explicites. Franck avait parlé d'une angine rhumatismale accompagnée d'une douleur violente et d'une vive rougeur du pharynx; mais il n'avait pas indiqué la coïncidence de l'arthrite. Bouillaud avait vu celle-ci, mais la considérait comme un effet du hasard. Valleix, qui donne un tableau morbide assez remarquable de la réaction symptomatique, ne parle que des irradiations dans les muscles du cou et des épaules, ainsi que Frank son modèle. Trousseau eut le mérite d'affirmer les rapports entre l'angine et les arthrites. Il traça du mal une description colorée et un peu trop caractérisée. Il insiste sur la rougeur de la gorge pouvant faire croire faussement à un érysipèle. La douleur des parties atteintes fera penser, faussement dit-il, à un état grave de l'organe, par exemple à l'établissement d'une suppuration. Fernet complète l'œuvre de son maître; puis vient Lasègue qui laissa de l'affection une peinture magistrale, remarquablement fouillée.

L'*angine diphtérique* avait été séparée (pour des raisons que nous avons développées autre part) de la laryngite de même nature par Home; et cette hypothèse, quelque fausse qu'elle nous paraisse actuellement, sembla justifiée par le peu de réaction appréciable de la diphtérie commune, seule observée à peu près au cours du XVIIIe siècle, et par la nature en apparence purement mécanique de la terminaison fatale (mort par asphyxie). L'aspect clinique se montrait si différent de celui du mal dépeint par les auteurs espagnols et italiens du XVIIe siècle sous de si sombres couleurs que l'assimilation entre ces faits de diphtérie maligne et ceux de diphtérie commune ne devait guère être considérée comme possible. Pour s'y résoudre, il aurait fallu, comme Samuel Bard, être témoin sur le même sujet d'accidents angineux, puis d'accidents laryngés; or les enfants atteints de croup ont eu souvent une réaction gutturale insignifiante, de là l'erreur des observateurs qui attribuèrent à la localisation sur l'organe vocal une valeur primitive, tandis qu'il ne s'agissait que d'une phlegmasie propagée. L'entraînement général, si puissant par la suggestion qu'il détermine presque invariablement dans les esprits même les mieux doués, la fréquence relative de la diphtérie sporadique et la rareté de la diphtérie épidémique où les caractères du mal, en s'exaspérant, deviennent par cela même plus caractéristiques, perpétuèrent l'erreur dualistique pendant les vingt premières années de la période que nous étudions.

Pour qu'un état si fâcheux cessât il fallait une série de circonstances heureuses qui ne se rencontrent pas toujours et qui se montrèrent cependant à un moment donné, et surtout le génie si persévérant et si original de Bretonneau. Ce dernier était un esprit indépendant, aimant à juger par lui-même, n'hésitant nullement à rompre en visière avec les théories du passé, si celles-ci lui semblaient fausses. C'était de plus un observateur de premier ordre, doué d'un sens clinique très profond. Enfin, il s'était rendu compte de la nécessité absolue, dans bien des cas, des recherches nécroscopiques pour bien comprendre un type morbide donné ; c'était un grand admirateur de Laennec et, comme lui, il aimait à multiplier les autopsies. Celles-ci, dans le cas actuel, lui permirent de reconnaître habituellement la présence simultanée de lésions angineuses et de lésions laryngées. Elles semblèrent prouver en outre que le sphacèle, regardé comme l'altération morbide fondamentale de l'angine gangreneuse par les anciens auteurs, faisait défaut et paraissait n'être qu'une illusion engendrée par l'état putrilagineux des fausses membranes. D'autre part, le caractère épidémique du mal ayant accentué l'aspect habituel de la diphtérie telle qu'on l'observait à Paris, sans toutefois réaliser la diphtérie maligne, Bretonneau put mieux que les médecins de la capitale saisir certaines particularités de l'affection. Il fut enfin servi admirablement par un vulgarisateur de ses idées, le professeur Guersant, dont tout le monde reconnaissait les grands mérites et qui en imposait par son impartialité et sa haute situation professionnelle. Il eut le bonheur en outre d'avoir comme élève direct Trousseau, qui propagea et défendit les idées de son maître avec le talent que l'on sait ; Andral et quelques autres rendirent aussi justice au médecin de Tours. Il ne fallait pas moins de tous ces appuis pour triompher des opinions préconçues et lutter contre l'influence alors si grande des idées de Broussais. Celles-ci allaient forcément à l'encontre de la doctrine de la spécificité, admise par Bretonneau à propos de la diphtérie bucco-pharyngée. Sentant les fondements du physiologisme menacés, ses partisans ne ménagèrent pas les attaques même les plus personnelles. Heureusement que les travaux des épidémiologistes se multipliaient de toute part, démontrant l'exactitude des vues nouvelles. Trousseau (rapport sur l'épidémie de Sologne) porta un coup décisif à la théorie qui rattachait l'origine du mal à des causes vulgaires[1] ; il méconnut même un peu l'in-

1. Il démontra que les localités arides étaient souvent plus frappées que les régions humides et que le fléau apparaissait souvent aux périodes les plus chaudes de l'année.

fluence des facteurs secondaires parfois assez actifs, entraîné qu'il était par son zèle contre les idées de Home et de ses successeurs. Des cas bien authentiques, notamment ceux publiés par Louis, prouvaient d'autre part que le croup n'était nullement une maladie propre à l'enfance. La contagion fut enfin regardée comme le facteur morbide principal ; mais on reconnut que la transmission est moins régulière que dans les pyrexies exanthématiques. D'autre part, on se rendit compte des modifications qu'imprimait à la contagion le caractère sporadique ou épidémique de la maladie.

Les lésions grossières, en l'absence du microscope, furent seules signalées, bien entendu, pendant longtemps; plus tard seulement, grâce aux travaux allemands, on se rendra compte des altérations interstitielles qui du reste sont loin d'avoir la même importance chez tous les sujets. Pendant toute la première moitié du XIX[e] siècle, le sphacèle fut résolument nié, ainsi que nous l'avons rappelé à propos de l'angine gangreneuse ; mais les faits d'un certain nombre d'observateurs tels que Becquerel, puis la retentissante communication de Gubler, enfin l'observation de ce qui passe souvent dans la diphtérie secondaire et la diphtérie maligne primitive firent enfin renoncer à cette opinion exacte dans la grande majorité des cas et qui n'avait que le tort d'être trop absolue. Quant à la production des dépôts fibrineux, elle était encore mal éclaircie. Les uns admettaient une exsudation d'origine inflammatoire, d'autres une exhalation hématique de nature non phlegmasique (Roche et Monneret), tandis que Wagner, trompé par certaines déformations cellulaires, ne voulait y voir qu'une dégénérescence fibrineuse de l'épithélium.

Pendant assez longtemps, on s'en tint aux descriptions qu'avaient laissées Bretonneau et Guersant de l'angine diphtérique commune; mais, à partir de 1855, les ravages du mal furent souvent tels qu'on dut faire une part à la diphtérie maligne. D'autres cliniciens, comme Lasègue, s'efforçaient de démontrer que, par contre, l'affection a parfois toutes les allures d'une maladie locale, en somme peu grave et se cantonnant exclusivement à son siège primitif ; c'est ainsi que fut créé le type assez artificiel de la diphtéroïde. Quelques-uns allèrent plus loin et se hasardèrent jusqu'à supposer à un certain nombre de faits de cette nature une origine banale, réservant la pathogénie spécifique pour les cas plus graves. D'ailleurs, la théorie uniciste triompha aisément des objections alléguées par les nouveaux dualistes. Un progrès considérable était du reste accompli, celui qui assignait à la gravité du mal non une cause unique et purement

mécanique, mais, dans nombre de circonstances, une origine septique, un empoisonnement en quelque sorte foudroyant de toute l'économie.

Par cela même, les données du pronostic se trouvaient modifiées et l'envahissement du larynx passa parfois au second plan dans les préoccupations du praticien.

Le diagnostic fut, bien entendu, un des points qui suscita le plus de recherches; car sur lui étaient basés le pronostic et aussi le traitement. Faute de criterium bactériologique, on s'appuyait sur certains symptômes parfois douteux, mais dont l'étude fut poussée avec une habileté incontestable. L'angine herpétique frappa, à ce point de vue, tout particulièrement l'attention ; ses dissemblances cliniques avec la diphtérie furent mises en relief. On savait, en outre, quelles difficultés souvent insurmontables offre l'angine scarlatineuse maligne, par cela même que la diphtérie dans les foyers infectés d'alors, nosocomiaux ou autres, était des plus fréquentes. Trousseau et quelques auteurs recommandaient avec raison de se comporter dans toute angine suspecte comme si la diphtérie était avérée et de prendre toutes les mesures d'isolement que comportait le cas. Ils pensaient que certaines pharyngites, même sans fausses membranes, pouvaient parfois être engendrées par le fléau et transmettre au besoin celui-ci à des personnes saines.

Le traitement était manifestement insuffisant; mais du moins on réussit à se débarrasser des moyens antiphlogistiques, notamment de la saignée si mal adaptée aux circonstances. D'autre part, certains caustiques fort employés étaient des antiseptiques énergiques, pouvant rendre des services si on intervenait avec eux dès le début du mal. Pour mieux tuer celui-ci sur place, Bouchut proposera, mais en vain, la tonsillotomie.

L'*hypertrophie amygdalienne* fut mieux étudiée au point de vue de ses lésions macroscopiques ; on reconnut qu'à côté des processus de sclérose, il y avait des altérations graves des cryptes, montrant bien qu'il s'agissait d'une phlegmasie chronique. Au tempérament lymphatique incriminé par les anciens avait fait place la scrofule ; mais Lasègue rejetait l'action de celle-ci et affirmait même qu'un certain nombre de traits de la fameuse diathèse revenaient de plein droit au développement exagéré de la tonsille.

A cette hypermégalie furent attribués par Dupuytren, puis par Robert, un certain nombre des phénomènes réactionnels de l'adénoïdisme, tels que gêne de la respiration nasale, palais ogival, aplatissement latéral du thorax, arrêt de la croissance, air

hébété, débilité. Quant à l'ablation, la ligature lente fut bientôt délaissée pour l'intervention sanglante, soit avec le serre-nœud, soit avec le tonsillotome. La disposition pédiculée ou non de la tumeur, l'enchatonnement n'échappèrent pas aux éminents chirurgiens de l'époque; mais ceux-ci se montrèrent, à tort, trop effrayés de la proximité problématique de la tonsille avec la carotide interne, attribuant à la blessure de cette dernière ce qui relevait plutôt d'une plaie d'un vaisseau bien moins important, mais rendue dangereuse parfois par l'hémophilie du sujet.

Vers 1840, un nouveau type d'angine chronique, la variété dite *granuleuse*, fait son apparition et on attribua aux petites saillies, actuellement si connues, la symptomatologie due à des lésions de pharyngite chronique. L'allure clinique de celle-ci fut remarquablement mise en relief par Chomel qui laissa peu à faire, à ce point de vue, à ses successeurs. Il nota en particulier l'évolution extrêmement lente, le caractère rebelle du mal, son origine professionnelle dans bon nombre de cas, sa prédominance dans le sexe masculin et à l'âge mûr. Dans ce temps où les diathèses étaient fort en honneur, on ne pouvait manquer d'incriminer l'une de celles-ci et ce fut l'herpétisme à qui échut ce destin.

Les manifestations bucco-pharyngées des *pyrexies exanthématiques* avaient été si remarquablement étudiées par les grands épidémiologistes du XVIIIe siècle, qu'il restait peu à glaner après eux. Cependant ceci n'est tout à fait exact qu'à propos de la variole. Pour la rougeole, on fit ressortir la valeur considérable de l'exanthème bucco-pharyngien précoce. Pour la scarlatine, les formes malignes furent étudiées avec plus de détails et on se rendit un compte plus exact de la fréquence des infections secondaires, notamment de la diphtérie. Vers 1870, Jaccoud établira même une différence capitale, au point de vue de la gravité, entre les accidents pharyngés du début et ceux d'une époque plus tardive. La connaissance de la fièvre typhoïde étant toute récente, c'est donc très tardivement que les accidents bucco-pharyngiens de cette affection furent signalés, d'abord par Chomel, puis par Louis, mais plutôt pour mémoire qu'autrement, bien qu'ils aient mentionné, à côté de lésions phlegmasiques insignifiantes, les ulcères dont on ne saisira que plus tard la pathogénie et l'importance clinique.

Connus depuis longtemps, les accidents pharyngés de la *grippe* furent mentionnés à nouveau par les nosologistes du temps, assez mal du reste, bien que la diffusion habituelle des déterminations morbides à toutes les voies aériennes ne leur ait pas échappé, pas plus, d'ailleurs, qu'à leurs prédécesseurs.

Les manifestations de la *goutte* sur la gorge ne furent guère étudiées que par les médecins anglais.

Par contre, les hygiénistes français observèrent assez bien les accidents pharyngés plus ou moins chroniques de *cause professionnelle* et dus à des poussières irritantes, à des causes chimiques, etc., bien que la question ne fût encore qu'à ses débuts.

A cette époque aussi, on commença à entrevoir l'influence des *lésions dentaires* non seulement sur des altérations de proche en proche (fluxion), mais encore survenant à distance et par cela même d'un diagnostic pathogénique plus malaisé.

Les *aphtes*, d'une compréhension si confuse dans les écrits antérieurs au XIXe siècle, tendirent à se préciser; on en sépara le *muguet* qui, peu à peu, fut constitué à l'état de type morbide indépendant. Leudet, qui a si bien étudié les caractères cliniques de l'affection, non seulement chez l'enfant, mais encore chez l'adulte, croyait qu'on avait affaire à une maladie couenneuse non spécifique, opinion qui prédomina un certain temps ; mais les recherches des histologistes démontrèrent bientôt qu'il ne s'agissait que d'un amas de cellules épithéliales envahies par le mycelium de l'oïdium albicans. Si Bürger et Gruby entrevirent le parasite, c'est notre compatriote Robin qui en donna le premier une description approfondie et complète ; et c'est un autre français, c'est-à-dire Gubler, qui précisa les conditions biologiques de sa pullulation, notamment la nécessité d'un milieu acide. Les premiers observateurs avaient étendu outre mesure le domaine des régions pouvant être envahies par le muguet. La réaction contraire alla trop loin, ainsi que le démontrèrent les recherches si intéressantes de Parrot. Quant à l'importance des désordres causés par le muguet, la plupart tendirent à considérer l'affection comme un épiphénomène sans grande portée, dont la gravité apparente n'était due qu'à la cachexie du sujet. Valleix fut d'un avis contraire et attribua au muguet la symptomatologie presque toute entière de l'état général que Parrot décrira plus tard sous le nom d'athrepsie.

Les anciens auteurs connaissaient, ainsi qu'il a été dit plus haut, un grand nombre des manifestations bucco-pharyngées de la *syphilis*; mais ces notions restaient, il faut bien l'avouer, dans un certain vague. Leur ordre d'apparition n'était nullement fixé. On savait seulement que certaines déterminations, survenant à une période reculée du mal, sont remarquables par leur ténacité et leur caractère destructeur. D'ailleurs leurs signes distinctifs étaient très mal définis. On les englobait toutes sous la dénomination d'ulcères vénériens.

Troja, il est vrai, et quelques autres auteurs de l'époque admettaient une angine syphilitique succédant à l'infection. Mais les faits signalés par eux avaient peu attiré l'attention. En réalité, les praticiens, pour dépister la vérole, se fiaient surtout aux antécédents et aux résultats donnés par le traitement spécifique; ils n'avaient que trop de tendance à élargir indûment le domaine de la syphilis, en y englobant toutes les manifestations d'ordre un peu anormal qui apparaissaient du côté du bucco-pharynx. Devergie l'avoue franchement et, s'en tenant aux idées simplistes de Broussais, soutient que les ulcères de la région ont un aspect si semblable que ce n'est pas sur leur apparence qu'on peut s'appuyer pour différencier leur nature.

Cependant, Hunter et ses disciples s'étaient déjà efforcés d'assigner aux lésions syphilitiques des caractères distinctifs tirés de la coloration, de la forme, de la chronicité, etc. En France, l'École de Saint-Louis, celle du Midi, celle de l'Antiquaille complétèrent heureusement ces données encore très rudimentaires. Ils firent mieux connaître, notamment, les lésions secondaires, surtout la plaque muqueuse qu'on sépara enfin de l'ulcération gommeuse. Quant à l'érythème déjà mentionné, mais très sommairement par Swediaur, il fut, de la part de La Martellières et de Pillon l'objet d'une étude approfondie. D'autre part, Ricord établissait, vers 1850, enfin, la chronologie des accidents spécifiques. Les déformations, les rétrécissements qui en résultent avaient déjà fixé l'attention de quelques observateurs, quand le mémoire de l'allemand Hermann Paul, traduit par Verneuil pour les Archives générales de médecine, les firent définitivement connaître du public français.

Assez tard pour la période qui nous occupe, en essayant de différencier les lésions de la vérole de celles qui parfois la simulent, Ricord avait été frappé de l'existence, chez le *tuberculeux*, d'ulcères buccaux et pharyngés à allure spéciale ; mais cette constatation ne devint de sa part l'objet d'aucun mémoire. Les recherches de Cornil et de Trélat sur les ulcérations tuberculeuses de la langue éveillèrent un peu l'attention du côté des altérations morbides de même nature qu'on était en droit de retrouver du côté du bucco-pharynx ; et, en effet, peu après, Julliard faisait, de ces ulcères, une étude clinique déjà très satisfaisante, où l'aspect physique, la réaction symptomatique, la marche sont parfaitement décrits. Malheureusement, égaré peut-être par la répugnance qu'avaient beaucoup de praticiens de l'époque à regarder les ulcérations semblables du larynx comme de nature tuberculeuse, cet auteur eut le tort de n'y voir

que le résultat d'un processus phlegmasique ordinaire. Cette erreur sera relevée, un peu plus tard, par Isambert, qui sera le véritable vulgarisateur de l'affection, par ses communications retentissantes à la Société médicale des hôpitaux. D'ailleurs, seule, la forme miliaire fut décrite à cette époque ; les variétés localisées et celles d'allure plus chronique restèrent totalement ignorées.

Le *lupus* de la gorge, entrevu, en Angleterre, par Travers, vers 1829 et peu après, en France, par Arnal, fixa d'abord assez peu l'attention des dermatologistes, bien que Cazenave soit allé jusqu'à admettre la possibilité de lésions primitives de cette nature, du côté de la gorge et du nez. Tardieu publia, en 1850, une observation des plus complètes et des plus intéressantes de cette affection ; mais le public médical ne commença à s'en préoccuper que lors du travail de Hamilton sur l'angine scrofuleuse et surtout depuis la publication du travail d'Hermann Paul sur le rétrécissement du pharynx, où se trouvaient consignées les observations de Bryk, de Czermak, de Coulson. Rappelons que Cazenave attribuait un grand nombre de ces cas non à la scrofule, mais à la syphilis héréditaire. Ce n'est qu'après la période préspécialistique que la question recevra tous ses développements.

Les nosologistes antérieurs au XIXe siècle ne connaissaient que les *tumeurs pharyngées* siégeant à la voûte du cavum et encore, ignoraient-ils leur véritable structure et leur siège primitif qui ne fut fixé qu'assez tard par Nélaton, après bien des débats contradictoires. Leur évolution, leur symptomatologie, les dangers si graves qu'ils font courir aux malades, bien qu'entrevus par les auteurs des époques précédentes, surtout par ceux du XVIIIe siècle, furent établis avec plus de précision. Aux méthodes d'approche par les voies naturelles furent substituées en grande partie celles par voies artificielles soit à travers la joue (résection définitive ou temporaire du maxillaire supérieur), soit à travers la voûte palatine (Nélaton). La voie nasale, utilisée déjà par quelques-uns, au siècle dernier, eut peu de partisans. Pour enlever la tumeur, l'arrachement, le fer rouge, le morcellement furent les procédés employés. On redoutait fort les phénomènes infectieux consécutifs et les hémorragies secondaires.

Les tumeurs mixtes du voile furent signalées pour la première fois par Vidal de Cassis, en 1844, mais d'une façon assez vague. Nélaton en avait vu déjà un cas, en 1837, avec Récamier et Michon. Ce dernier en communiqua, en 1851, à la Socité de chirurgie, une observation qui fit beaucoup de bruit et entraîna entre

Nélaton et lui une discussion de priorité. Velpeau, Marjolin, Laugier et d'autres en publièrent bientôt de nouveaux exemples ; mais c'est à Nélaton que l'on est redevable surtout d'en avoir fait connaître l'aspect extérieur, l'évolution clinique et le traitement par énucléation. D'après les examens histologiques de Lebert, Robin et Denucé, on admit qu'il s'agissait d'adénomes, c'est-à-dire de néoplasmes glandulaires de bonne nature. En 1858, une communication de Verneuil, à la Société anatomique, fit connaître les papillomes du voile. Des relations d'autopsie ou des examens de pièces enlevées chirurgicalement révélèrent l'existence, dans cet organe, du myxome, du lipome, du fibrome, du kyste dermoïde ; mais ces faits, en somme peu nombreux, ne fixèrent guère l'attention.

Jusqu'en 1875, les seules tumeurs connues des tonsilles palatines furent le cancer, dont Velpeau semble le premier avoir signalé réellement l'existence; peu après Warren, en Amérique, en faisait connaître un cas intéressant. En utilisant les travaux de ces deux auteurs, Valleix traça une histoire, assez fidèle et assez complète déjà, de cette affection. Lebert, Dufour, Marsdel publièrent bientôt quelques nouveaux exemples de cette terrible maladie, dont Lasègue a fait une bonne description en s'appuyant sur les faits existant alors dans la littérature médicale, ainsi que sur ceux de sa propre pratique. Il fit ressortir, du groupe un peu confus de ces néoplasmes malins, l'ulcération large, superficielle, à évolution lente, qu'il dénomma assez improprement cancroïde.

Comme beaucoup d'affections du pharynx, les *troubles nerveux* sont de connaissance toute récente. Pendant longtemps, on se contenta de mentionner vaguement, du côté de la gorge, des spasmes et des paralysies. Ces manifestations furent peu à peu mieux appréciées; et Raige Delorme, dans le *Dictionnaire en 40 volumes*, en trace une histoire assez complète. En 1860, Duchenne de Boulogne fit faire un grand pas à la question en décrivant la paralysie glosso-labio-pharyngée. Quelque temps après, Chairou faisait connaître l'anesthésie hystérique.

Les *traumatismes* du pharynx, déjà bien décrits par les auteurs du XVIIIe siècle, étaient englobés, à l'époque que nous étudions, dans les plaies du cou. On se borna à en signaler des cas intéressants, montrant bien les différentes modalités que peuvent présenter ces désordres ; mais la conduite à tenir en pareille occurence ne sera fixée qu'à une époque ultérieure.

Même période de piétinement relatif pour les *corps étrangers*, les grandes lignes de la question ayant été fixées antérieu-

rement, notamment par Louis, le célèbre membre de l'académie royale de chirurgie. Les perfectionnements essentiels à son œuvre ne viendront que plus tard.

Les *malformations* du voile et de la voûte palatine ou bec-de-lièvre compliqué devinrent, grâce à Roux et à Trélat, l'objet d'interventions actives souvent heureuses. De grandes discussions s'élevèrent sur l'époque opportune de ces dernières. D'autre part, les ectasies du pharynx, les déformations cicatricielles acquises (voir plus haut) furent l'objet de quelques communications. Il en fut de même des fistules branchiales, dont l'étude avait débuté en Allemagne. En France, on se borna à en signaler quelques cas intéressants, jusqu'à l'important travail de Duplay.

II. — MALADIES DU LARYNX

1. Coup d'œil général sur la laryngologie avant le XIXe siècle.

Caché, en quelque sorte, sur une grande partie de son étendue, par les parties molles du cou, muni d'un squelette cartilagineux rigide qui masque les parties internes essentiellement fragiles de cet organe inaccessible aux moyens d'investigations physiques habituels, d'un mécanisme physiologique très complexe et longtemps fort mal connu, le larynx était pour les cliniciens de l'époque d'une étude bien plus difficile que la gorge ou même le nez. Aussi, comme nous l'avons fait remarquer précédemment, la pathologie laryngée avait conservé jusqu'aux approches de la période que nous étudions un caractère fort rudimentaire. Certes, les Hippocratiques avaient quelques connaissances de la laryngite, mais très confuses, de telle sorte qu'il est malaisé actuellement de déterminer l'affection qu'ils avaient en vue, quand ils parlent de maux de gorge larvés déterminant une mort rapide. Il semble bien, par contre, que la cynanche interne des Alexandrins, d'Arétée, de Cœlius Aurelianus, de Galien c'est-à-dire cette angine cachée, sans troubles locaux apparents, tuant par asphyxie rapide, se rapporte à des localisations actuelles laryngées. Le médecin de Pergame avait fait, à propos des affections pharyngées et laryngées, cette remarque capitale, que les premières se signalent surtout à l'attention par des

troubles dysphagiques et les secondes par des troubles vocaux. Il a même l'air de dire, dans son traité des lieux affectés, que cette partie du corps humain peut être atteinte de toutes les lésions que l'on remarque dans d'autres points de l'économie, mais sans s'appesantir sur ce sujet pourtant si intéressant. Rappelons ici que des praticiens grecs, plus hardis que ne semblait l'autoriser l'état de la science à cette époque, avaient proposé, dans tous les cas d'étouffement subit, où l'on pouvait soupçonner une obstruction des voies aériennes supérieures, d'ouvrir la trachée pour permettre à l'air d'atteindre de nouveau les poumons. Ce fut le cas d'Asclépiade. Antyllus pratiqua cette opération dont Paul d'Egine nous a laissé la technique. Il faut aussi noter que des inhalations diverses étaient recommandées [1].

Lors de la dissolution de l'empire romain, la laryngologie, ainsi que les autres branches de la médecine, non seulement ne progressa plus pendant de longs siècles mais subit une régression véritable. Les Arabes et les Médiévistes ne firent que copier les anciens [2]. On trouve, il est vrai, quelques renseignements intéressants sur les traumatismes du larynx et de la trachée dans les traités de chirurgie de Rolando, Lanfranc, Guy de Chauliac ; mais ces auteurs n'interviennent guère et croient, comme les anciens, que les plaies cartilagineuses sont incapables de réunion.

Lors du renouvellement des études anatomiques, la conformation et la structure de l'organe furent l'objet d'investigations importantes de la part de Vésale, Fallope, Bauhin, Fabrice d'Aquapendente, Casserius, Santorini ; mais leurs travaux, qui complétaient d'une façon si heureuse ceux de leurs prédécesseurs immédiats, Mondinus et Bérenger de Carpi, n'eurent malheureusement pas un retentissement bien notable sur la clinique, bien que Fabrice d'Aquapendente se soit efforcé de déterminer le mécanisme de la musculature laryngée, dans une monographie très remarquable pour l'époque, et que Thomas Willis ait précisé les notions que l'on possédait depuis Galien sur l'innervation de l'appareil phonateur.

Ce sont les anatomo-pathologistes qui, pour le larynx plus encore que pour le nez, ont été les véritables initiateurs des progrès accomplis ; et c'est à Morgagni que revient incontestablement l'honneur de cet heureux changement. Non content de révolution-

1. Celles-ci étaient déjà prescrites par les anciens Egyptiens, ainsi que cela résulte de la lecture du manuscrit d'Ebers.

2. Cependant Avenzoar tente la trachéotomie, chez la chèvre il est vrai, de telle sorte que cette opération ne fut qu'une vivisection.

ner en quelque sorte les connaissances de l'époque sur les affections laryngées par ses nombreuses et importantes investigations nécroscopiques touchant un organe qui jusqu'alors n'avait guère fixé l'attention au cours des autopsies, il donna de celui-ci une description anatomique des plus complètes et des plus remarquables. Il signala l'existence d'ulcérations diverses, de nécrose des cartilages, de tumeurs, dont quelques-unes étaient très vraisemblablement des cancers [1]. Il montra que le larynx pouvait réaliser un complexus symptomatique très semblable à celui de la phtisie ordinaire, notion capitale, qui éveilla désormais l'attention des praticiens sur ce point si important de la pathologie de l'appareil phonateur [2]. Cette œuvre si éminemment utile fut continuée par Lieutaud (*Hist. anat. méd.* lire 4e observation pp. 64 et 65), qui mentionna le premier l'existence des polypes laryngés. Malheureusement les tendances pathogéniques de l'époque (physiologisme de Broussais) et la diversité des altérations morbides relevées aux autopsies porta à croire que le substratum anatomique de la phtisie laryngée pouvait être très divers et ses causes très variables, de telle sorte qu'il ne se serait agi en somme que d'un syndrome et non d'une entité nosologique véritable. Bien que Barth, dans un travail qu'il communiqua à Blache, eût conclu à la coexistence presque forcée de la phtisie pulmonaire avec la phtisie laryngée, qu'Andral (*Clinique médicale*) eût admis que les tubercules étaient fréquemment l'origine des ulcérations laryngées, et que Louis eût incriminé l'action irritante des crachats chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire, la plupart, comme Pravaz dans son importante thèse sur la phtisie du larynx, se montrent polygénistes. C'est la tendance à laquelle obéiront aussi Trousseau et Belloc, ainsi qu'on le verra plus loin.

Un autre point de la nosologie laryngée qui soulèvera des discussions sans fin au début du XIXe siècle, c'est la nature du croup. Nous avons raconté autre part, fort en détail (voir aussi notre *Histoire des maladies du pharynx*, vol. II et IV), les phases diverses par lesquelles passa la question. Nous ne signalerons ici que les principaux incidents de cette longue querelle.

1. Epistola, XXVIII.

2. En 1704, Valsalva fit l'autopsie d'une femme de 40 ans ayant succombé apparemment à une tuberculose pulmonaire ; cependant il trouva que les poumons étaient sains ainsi que les principaux viscères, de telle sorte que les causes du décès paraissaient inexplicables. Sur les conseils de Morgagni, on examina le larynx, dont on trouva la surface interne ulcérée et couverte de détritus purulents d'apparence grisâtre.

La diphtérie maligne fut, comme on le sait, la première à être signalée. Elle se manifesta à plusieurs reprises sous forme épidémique, soit à la période gréco-romaine (Arétée dont on connait l'admirable description, Aetius qui en traça aussi un tableau fort intéressant), puis à une époque beaucoup plus rapprochée de nous, en Espagne et en Italie, dans le cours du XVIIe siècle. Or, à Edimbourg, un praticien bon observateur, mais peu érudit, Home, vit éclater, dans les quartiers voisins de la mer et aussi dans quelques localités particulièrement humides du voisinage, une épidémie qui frappait les enfants, ne se révélant au début que par un peu de catarrhe semblant occuper les voies respiratoires, mais qui, s'accentuant bientôt, déterminait des phénomènes asphyxiques très redoutables. La toux prenait un timbre étouffé, la face paraissait bouffie, cireuse ; de l'œdème se montrait aux extrémités inférieures ; l'urine laissait déposer un précipité abondant, puis le petit malade épuisé ne tardait pas à succomber. La mortalité était grande. Home crut constater, au cours de ses recherches nécroscopiques, que si le pharynx et le reste de l'économie restaient sains, le larynx par contre, ainsi que la trachée, étaient recouverts à leur surface interne par une sorte de couenne blanchâtre qu'on pouvait détacher des plans sous-jacents. Il se trouvait, en somme, en face d'une diphtérie ordinaire, de moyenne intensité, se révélant surtout par de la dyspnée d'origine mécanique. Ignorant les recherches de ses prédécesseurs, il pensa que l'affection était toute nouvelle et particulière à l'enfance. Cette idée fut généralement admise ; car les érudits eux-mêmes pouvaient-ils supposer que le garotillo de funèbre mémoire, le morbus striangulatorius de Marc Aurèle Séverin était au fond identique à une maladie s'installant insidieusement, sans tapage et amenant pour ainsi dire à l'improviste la mort de ses victimes.

Cependant à New-York, Samuel Bard put constater que beaucoup de cas de croup étaient accompagnés ou même précédés d'une angine. Il rangeait ces cas dans une forme mixte réunissant chez le même sujet l'esquinancie. qu'il appelle encore gangreneuse et le croup.

Toutefois en Europe, sur le continent, Ghisi était à peu près le seul à partager les vues de Samuel Bard. Michaelis, qui a écrit sur le croup une excellente monographie, remarquable par l'abondance de sa documentation, Walhbom, Zobel, Engelstrom, Halenius, Van Bergen, etc. partageaient entièrement les vues exprimées par Home, bien que quelques auteurs suédois (notamment Bœrk et Salomon Struve) eussent signalé parfois la pré-

sence dans la gorge de membranes analogues à celles retrouvées dans le larynx[1]. L'opinion générale était si bien du côté de la doctrine dualiste que, lors du célèbre concours institué par Napoléon à propos de la mort du fils de son frère Louis, tous les mémoires qui furent présentés concluaient dans le sens du célèbre médecin d'Edimbourg, qui eut ainsi pour lui Vieusseux, Jurine, Schwilgué, Albers de Barmen, Royer-Collard, c'est-à dire tous ceux qui furent récompensés d'un prix ou d'une mention honorable. Néanmoins Johnston soutenait que l'angine maligne et le croup étaient des maladies de même nature. Starr et d'autres avaient prouvé que les deux affections étaient souvent réunies chez le même sujet. Mais ce fait reconnu exact par Jurine et Albers passait pour une simple coïncidence et la plupart rejetaient l'opinion uniciste.

Cependant, comme beaucoup d'enfants qui paraissaient atteints du mal guérissaient facilement et que le tableau symptomatique n'était pas chez eux tout à fait le même que celui de la laryngite pseudomembraneuse, l'entité morbide créée par Home tendit à se scinder en deux, le croup véritable et le faux croup. Celui-ci fut dénommé par Miller, qui en fit une bonne étude, asthme aigu des enfants. Ses idées furent défendues à l'étranger par Wichman, Dreysig, etc. et en France par Double. Telle était la situation au début du XIX[e] siècle : on était donc dualiste résolument, comme Royer-Collard, qui fit paraître dans le *Dictionnaire en 60 volumes* un excellent article sur le croup résumant bien l'état de la science à l'époque où il parut, comme Guersant qui soutint un moment, dans une intéressante monographie, les idées de Home, mais qui devait bientôt les abandonner, ainsi qu'on le verra plus loin, pour se rallier à la conception uniciste de Bretonneau.

Une troisième maladie laryngée de la plus grande importance aussi préoccupait également les cliniciens au commencement de cette période ; nous voulons parler de l'affection décrite pour la première fois, en 1810, par Bayle, sous le nom assez inexact d'œdème de la glotte. Il est intéressant de rappeler que Bichat avait noté en quelque sorte son substratum anatomique ; car il déclare avoir rencontré assez souvent (sur le cadavre) une infiltration séreuse des parties supérieures du larynx. Il remarque que cette dernière devait fatalement, par son siège, entraîner pendant la vie une gêne considérable de la respiration. Tulpius, Boerhaave[2] et quelques autres avaient mentionné d'autre part

1. Angine polypeuse de ces auteurs.
2. Celui-ci parle d'une angine aqueuse ; mais celle-ci ne paraît rien avoir de

des cynanches laryngées à évolution mortelle extrêmement rapide, mais sans préciser, de telle sorte que la gloire de Bayle n'est nullement entamée par les quelques considérations historiques précédentes. Comme le type morbide qu'il esquissa ne reçut que plus tard les développements qu'il comportait, nous renvoyons à plus loin ce que nous avons à dire de cette affection.

2. La laryngologie dans les deux premiers tiers du xixe siècle.

Telles étaient les connaissances léguées à nos devanciers par les siècles précédents ; voyons comment ils réussirent, au moins en partie, à combler les énormes lacunes que ces notions présentaient, malgré qu'ils fussent privés de l'usage du laryngoscope.

Plaies du larynx. — Les traumatismes laryngés avaient été déjà assez bien décrits, dans leur ensemble, par les auteurs des époques précédentes, notamment par les chirurgiens du xviiie siècle. Les suicides, les meurtres, les plaies de guerre leur avaient fourni déjà un assez vaste champ d'observation. Larrey notamment, dans ses mémoires, signale un grand nombre de faits intéressants, prouvant que ces lésions ne sont pas toujours au-dessus des ressources de l'art et que, l'épiglotte par exemple étant tranchée, le malade peut guérir, ainsi que cela arriva à Murat lors de l'expédition d'Égypte. On distinguait des plaies par instruments piquants, tranchants, mousses, par armes, à feu. Les fractures des cartilages furent notées et on savait leur gravité dans certains cas. On signala aussi la tendance à l'emphysème, quand les bords de la plaie sont étroits et que les parties profondes ne s'écartent pas à l'instar des plans superficiels. Mais il faut faire remarquer que cette description des traumatismes laryngés était faite à propos des plaies cervicales et qu'elle disparaissait forcément un peu au milieu de désordres souvent beaucoup plus graves, tels que blessure des gros vaisseaux du cou. Le diagnostic, disent les auteurs des deux premiers tiers du xixe siècle, serait parfois incertain ; cependant la sortie de l'air à travers les lèvres de la plaie constituerait un signe immédiat de grande valeur. Plus tard la symptomatologie se préciserait. Si les lésions sont dues aux armes à feu, les désordres apparaîtraient fréquemment considérables, parce que les parties molles seraient souvent mâchées ; de là un gonflement redoutable et une tendance non moins

commun avec la maladie de Bayle, de telle sorte qu'il ne faut pas se laisser égarer par cette appellation.

dangereuse à la suppuration. Du reste, les écrivains de l'époque font remarquer avec raison que l'organe phonateur, à cause de sa situation anatomique et de sa mobilité, échappe assez bien aux traumatismes qui pourraient l'assaillir.

Corps étrangers. — Les anciens nosologistes avaient déjà signalé quelques-unes des particularités importantes, notamment la mort subite (observations de Bartholin, de Rivière, de Fabrice de Hilden), l'enclavement, la nécessité parfois de pratiquer la trachéotomie pour les retirer (Habicot), l'intensité de la dyspnée, les troubles vocaux[1]. Toutes ces notions furent développées plus ou moins au cours du XIXe siècle, principalement en ce qui concerne l'intervention opératoire. On distingue, au point de vue de l'intervention (Boyer, Vidal de Cassis, Nélaton), les corps étrangers pénétrant par l'orifice supérieur du larynx, c'est-à-dire par la bouche, par l'orifice inférieur (tubercules, concrétions calcaires provenant du poumon), par une plaie accidentelle, ou produits en quelque sorte sur place (parties mortifiées du larynx, surtout cartilages nécrosés).

La première variété était considérée naturellement comme de beaucoup la plus fréquente. On attribuait l'introduction de ces corps étrangers, très variables comme nature[2], forme et dimensions, à un acte de déglutition imparfait et surtout à une inspiration brusque, violente et subite, entraînant l'objet dans les voies respiratoires. Sa fixation pourrait se faire en un point quelconque de l'organe vocal, s'il est pointu, entre les cordes vocales supérieures ou inférieures, et surtout dans le ventricule de Morgagni quand il est mousse. D'ailleurs, il pourrait conserver assez souvent une certaine mobilité. Sauf dans quelques cas où il y eut tolérance marquée, on savait que, dès leur entrée, les corps étrangers déterminent une réaction fort vive, caractérisée par une toux convulsive, des crises de suffocation, une douleur aiguë et assez bien circonscrite, une altération de la voix, une respiration gênée et sifflante. L'accalmie qui s'établit au bout d'un certain temps, cesserait au moindre mouvement, à la moindre quinte ou déglutition. Le rire chez les enfants amènerait notam-

1. Fabrice de Hilden et Tulpius ont signalé la sortie par la glotte de boules de charpie introduites à la suite de plaies pénétrantes de poitrine; Louis Dalpraz a vu des concrétions bronchiques calculeuses être expulsées par le larynx. Voir le Mémoire de Louis sur la bronchotomie (*Mém. de l'acad. royale de chirurgie*, IV).

2. Noyaux de fruits, pépins, graines, fragments d'os, arêtes de poisson, aiguilles, clous, débris d'aliments solides, petites pièces de monnaie, petits cailloux, perles, dents artificielles (voir Boyer), pénétrations de lombrics (Haller, Aronsohn).

ment aussitôt un accès de dyspnée des plus intenses (Ollivier, *Dict. en 30 vol.*). Le bruit de glouglou produit par le déplacement du corps étranger fut signalé par Boyer, puis par Dupuytren (au moment de pratiquer la trachéotomie chez une enfant de huit ans, pour un haricot fixé dans le larynx) ; mais le peu d'étendue de cet organe et son étroitesse faisait qu'avec raison on comptait peu sur le sthétoscope. En l'absence de moyens physiques d'inspection, on s'appuyait surtout sur les commémoratifs, l'allure spéciale de la symptomatologie, la persistance des phénomènes réactionnels. En tout cas, l'accident était considéré comme des plus sérieux, bien que les auteurs des siècles passés (Bartholin, Hochstetter, Louis) et présents eussent signalé des cas d'expulsion spontanée à la suite de quintes de toux. Desault savait même que les corps étrangers peuvent simuler une tuberculose pulmonaire. Aussi, comme les guérisons spontanées signalées plus haut étaient regardées comme tout à fait exceptionnelles, on ne perdait pas de temps avec les vomitifs ou les sternutatoires ; on recourait à la trachéotomie ou même à la laryngotomie (Pelletan).

Malformations. — Les auteurs de l'époque ignorent les vices de forme par atrophie unilatérale ou développement exagéré des ventricules par exemple, ou par fistule congénitale; ils ne connaissent que les rétrécissements et les ouvertures permanentes d'origine[1] traumatique ou chirurgicale, c'est-à-dire les trajets anormaux qui font communiquer, à la suite d'une plaie, l'intérieur de l'organe avec l'extérieur. Dans son mémoire sur les fistules aérifères, Velpeau déclare avoir guéri par un procédé autoplastique deux de celles-ci qui occupaient l'espace thyrohyoïdien (*Gaz. méd.*, 1833).

Laryngite aiguë. — Faisons remarquer que les termes, jusqu'alors usités, d'angine interne, de cynanche laryngée tendirent de bonne heure à être abandonnés pour celui plus clair de laryngite. La réforme de la nomenclature médicale commencée par Pinel et les partisans de Broussais, qui échoua en partie pour le pharynx, réussit mieux pour l'organe phonateur. Grâce aux anatomo-pathologistes tels que Cruveilhier, qui écrivit sur le sujet un excellent article dans le *Dictionnaire en 15 volumes*, une division d'une importance capitale fut établie et on distingua la laryn-

1. Ainsi, dans le *journal hebdomadaire universel*, tome Ier, Raynaud, de Toulon, a fait connaître l'observation d'un forçat qui, dans une tentative de suicide, s'ouvrit le larynx au-dessous des cordes vocales. Il s'établit une fistule permanente avec oblitération complète du larynx au-dessus.

gite muqueuse ou catarrhe laryngé, de la laryngite sous-muqueuse ou suppurée.

Bien qu'on attribuât à la première variété une étiologie assez semblable à celle de l'angine gutturale, on insistait davantage sur le rôle des vapeurs et des poussières irritantes, de l'air très chaud ou très froid, du refroidissement local du cou, celui-ci étant à découvert, sur le surmenage vocal observé si souvent chez les professionnels. On savait que les rhinites aiguës se propagent souvent au larynx sans angine apparente, et que de là, l'inflammation gagne la trachée et les bronches, envahissant la totalité des voies respiratoires supérieures. A côté de ces laryngites primitives, on en connaissait de secondaires à la rougeole, à la grippe, parfois à la scarlatine ou à la variole. Voici le tableau clinique que Blache trace de cette affection dans son excellent article du *Dictionnaire en 30 volumes*. « Les symptômes, la marche, la durée de la laryngite aiguë varient surtout en raison de son intensité. Dans les cas les plus légers, elle ne donne lieu à aucun symptôme général, la voix devient grave, rauque, voilée; c'est un simple enrouement sans douleur, qui fixe à peine l'attention du malade, et se dissipe ordinairement de lui-même ou à l'aide des moyens les plus simples, au bout de quelques jours; d'autres fois, au contraire, la maladie débute par un malaise général, un frisson passager, suivi d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué. Bientôt il survient un changement sensible dans le timbre de la voix, et une douleur tantôt médiocre, tantôt vive, se fait sentir au larynx. Cette douleur, qui est parfois le premier symptôme, augmente quand le malade tousse ou parle et quand on exerce une pression sur le cartilage thyroïde. La voix, d'abord rauque, devient aiguë et se supprime même complètement. Toux sèche et sourde, incommode, douloureuse, quinteuse, parfois convulsive, dans laquelle le malade fait des efforts pour rejeter quelques matières qu'il croit être arrêtées dans le larynx..... L'inspection du fond de la gorge, lorsqu'on peut abaisser fortement la base de la langue, permet de constater, dans quelques cas, une rougeur vive de la membrane muqueuse qui revêt l'épiglotte ». Lorsque l'inflammation est très intense, dit cet auteur, il peut survenir de véritables accès de suffocation. Il insiste peu sur ce symptôme, bien qu'il ne fasse pas une description à part de la laryngite striduleuse ou faux croup. Quant à l'évolution, « la marche de cette affection est ordinairement rapide; sa durée moyenne est de quatre à cinq jours ».

Le pronostic aurait été regardé comme bénin, si on n'avait pas su que parfois il y a passage à l'état chronique ou même

transformation apparente d'une laryngite catarrhale en laryngite sous-muqueuse (phlegmoneuse) infiniment plus grave.

Le diagnostic d'avec le croup est regardé comme facile par Guersant et par Blache, qui indiquent toute une série de symtômes différentiels; mais Trousseau fera remarquer avec raison, dans ses cliniques, que beaucoup de diphtéries laryngées sont tellement insidieuses que le praticien a le droit, au moins les premiers jours, de rester hésitant. A côté des gargarismes, des inhalations, des applications locales chaudes (cataplasmes), des tisanes diverses, on n'hésitait pas à recourir, dans les cas un peu intenses, à la saignée du bras ou, du moins, aux sangsues, aux ventouses scarifiées. Les pédiluves jouissaient aussi d'une grande vogue. Quant aux vomitifs, « leur emploi, dit Blache, est assez fréquemment suivi d'une amélioration notable chez les enfants, et lorsque la gêne de la respiration paraît surtout produite par l'accumulation de mucosités dans les voies aériennes ». Comme on le voit, l'action antispasmodique et résolutive des efforts exercée par le vomissement, n'est pas encore soupçonnée.

Laryngite striduleuse. — Une variété fort intéressante de laryngite aiguë, la forme striduleuse, rattachée surtout actuellement aux végétations adénoïdes ou bien à des lésions de laryngite sèche sous-glottique, bien que l'hérédité nerveuse ne soit pas non plus étrangère à sa pathogénie, commença à être un peu éclaircie à l'époque que nous étudions. D'abord confondue avec le vrai croup, ainsi que nous l'avons dit plus haut, puis qualifiée d'asthme infantile, elle fut de la part de l'école de Tours, l'objet d'une attention particulière, puisqu'il s'agissait d'y rattacher la plupart des troubles simulant la laryngite pseudomembraneuse, bien que les dépôts fibrineux fissent défaut dans la gorge. Pour mieux rappeler cette distinction nécessaire, Guersant, le vulgarisateur des idées de Bretonneau, appela l'affection pseudo-croup; mais, un peu plus tard, il lui préféra l'appellation de laryngite striduleuse, créée par Bretonneau, et qui a prévalu depuis. Il admit, concession importante à ses adversaires, que le croup et le pseudo-croup pouvaient être produits par la même cause, les deux maladies coïncidant souvent au cours d'une épidémie de diphtérie; néanmoins la présence ou l'absence de fausse membrane introduiraient entre elles une différence capitale au point de vue clinique. Plus tard, on n'attribua plus à cette laryngite que des causes banales, analogues à celles de la variété aiguë commune, et on rattacha sa présence, exclusive dans l'enfance, à une étroitesse toute spéciale de la glotte, à cet âge.

Il ne fut point aisé de persuader au public médical de l'époque, imbu des idées de Broussais, que la laryngite simple aiguë, en s'exagérant, ne pouvait cependant aboutir à des fausses membranes, même quand l'analogie symptomatique se montrait des plus trompeuses. Guersant s'exprime avec une certaine amertume à ce propos. « C'est à ce genre de maladie qu'appartiennent l'asthme de Millar et plusieurs observations de prétendus croups consignés dans les ouvrages modernes et confondus avec le vrai croup par tous ceux qui n'observent que très superficiellement ou avec prévention, ce qui est encore plus fâcheux, et qui ne voient presque jamais par eux-mêmes, tant ils ont les yeux fascinés par les idées des autres. A ce nombre d'observateurs dangereux ou crédules, qui n'ont pas peu contribué à embrouiller l'histoire de la laryngite striduleuse, se joignent encore ceux qui ne pratiquent la médecine que dans les bibliothèques, et font des livres avec d'autres livres. » Il déclare le mal beaucoup plus fréquent que le croup, ce qui s'expliquerait par son étiologie banale. Il en signale le début pendant le sommeil, la quinte de toux sonore qui caractérise l'accès et simulerait parfois l'aboiement d'un petit chien. La suffocation serait extrême lors de la première crise, plus tard elle s'atténuerait sensiblement. Il note le sifflement inspiratoire qui succède à la quinte et montre que, la crise étant finie, l'enfant se rendort tranquillement, ce qui prouve le caractère intermittent et spasmodique de l'affection, bien différente en cela du croup véritable. Pendant le jour, le petit sujet reprendrait sa gaité et paraîtrait à peine atteint ; mais la nuit suivante, d'habitude, tout recommence. Les symptômes généraux feraient le plus souvent défaut et c'est à peine si on constaterait un peu de fièvre. Au bout de quelques jours, dit-il, la toux s'atténue, devient plus humide et la laryngite striduleuse ne tarde pas à disparaître ; ou bien il y a complication, ce qui se voit quelquefois, d'une pneumonie qu'il est facile de reconnaître et qui assombrirait beaucoup le pronostic.

Laryngite sous-muqueuse. — A l'autopsie de certains sujets, ayant succombé par exemple à une fièvre exanthématique compliquée de laryngite, ou à une angine d'allure infectieuse, à un érysipèle [1], les anatomopathologistes de l'époque avaient constaté que le tissu cellulaire sous-muqueux peut être envahi par une sérosité sanieuse. Ils distinguaient ces lésions du simple catarrhe où la muqueuse est seule atteinte et en somme peu

1. Dans le cas de Bouillaud où, à la suite d'un érysipèle de la face, il y eut laryngite suraiguë avec œdème de la glotte et mort rapide.

altérée; mais il faut bien reconnaître que le terme de laryngite sous-muqueuse a, pour beaucoup d'écrivains de cette période, notamment pour Cruveilhier, la valeur d'œdème de la glotte. Ces auteurs se refusent à voir, dans cette affection, quelque chose de non inflammatoire. En somme, le phlegmon du larynx, est resté pour ainsi dire inconnu cliniquement, sinon anatomiquement, à la période que nous étudions.

Croup. — Nous avons rappelé précédemment les phases par lesquelles la question était passée au cours du XVIII[e] siècle. A propos de l'angine pseudomembraneuse, nous avons signalé, dans la première partie de cette introduction, les travaux de l'école de Tours. Nous n'avons plus qu'à esquisser les *traits principaux* de l'affection, telle qu'elle était envisagée dans les deux premiers tiers du XIX[e] siècle, au point de vue clinique.

Les différentes allures du mal, suivant son origine sporadique ou épidémique, avaient été signalées depuis longtemps ; mais la diphtérie maligne ne sera nettement décrite que lors de la terrible épidémie de 1855 qui exerça dans la capitale de si affreux ravages. On admettait, au point de vue du pronostic, à côté des variétés légères et moyennes, une forme grave, caractérisée, comme les précédentes, surtout par des troubles respiratoires de nature mécanique, mais remarquable par l'abondance et la ténacité des dépôts pseudomembraneux, par leur caractère rapidement envahissant.

Le début était considéré généralement comme très insidieux (Bretonneau, Trousseau) sauf dans quelques cas à réaction locale plus marquée. « Lors de l'invasion de la maladie, dit Guersant, les dix-neuf vingtièmes de ceux qui en sont atteints sont ordinairement pris de légers frissons, suivis de plus ou moins de fièvre, et d'un mal de gorge rarement d'abord très intense, mais assez souvent accompagné d'un peu de douleur des parties antérieures du cou et d'un gonflement plus ou moins considérable des ganglions sous-maxillaires. Le pharynx qu'il faut toujours se hâter d'explorer dans toutes les espèces d'angines, et plus particulièrement encore dans celle-ci, offre ordinairement une rougeur manifeste avec plus ou moins de gonflement des amygdales, et plus généralement d'un côté que de l'autre ; mais ce qui doit surtout fixer l'attention, ce sont les petites plaques blanches que l'on observe sur les tonsilles, le voile du palais, la luette et quelquefois sur toutes ces parties à la fois. On remarque aussi assez souvent un léger suintement séreux, jaunâtre et fétide sur les narines et des escarres pseudomembraneuses en diverses parties du corps. » Cette période d'invasion durerait

quatre à cinq jours, quelquefois sept. Jusqu'ici, dit-il, le mal était contenu dans la gorge ou le nez, mais quand le larynx est envahi la symptomatologie change. « La seconde période s'annonce d'abord par une petite toux sèche, qui revient par quintes très courtes, à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui s'accompagne, dès le début, d'aphonie et de signes de suffocation. Ces symptômes prennent plus ou moins rapidement beaucoup d'intensité. » L'auteur insiste sur le caractère étouffé de la toux qui ne semblerait pas sonore, aboyante comme dans la laryngite striduleuse. Chaque quinte serait suivie d'une inspiration courte, sèche, sifflante, « comme si l'air passait dans un tube sec et métallique ». Il existerait de plus en plus un sifflement laryngo-trachéal très net, lors de chaque inspiration, masquant généralement par son intensité le murmure vésiculaire du poumon. La voix ne paraîtrait pas seulement enrouée mais éteinte. « Le malade est presque complètement aphone et le timbre de sa voix a quelque chose de métallique comme la toux. » Pour faire entrer un peu d'air dans ses poumons, l'infortuné patient précipite ses mouvements respiratoires et il y aurait souvent, aux périodes avancées, du tirage sus-sternal. Parfois le mal s'en tiendrait là et le croup se terminerait par guérison. Les symptômes précités s'atténueraient alors rapidement. Quand l'évolution doit être fatale, le malade, après deux ou trois jours de la période précédente, entrerait dans la phase terminale de l'affection. « L'aphonie est, dit Guersant, presqu'absolue, les quintes de toux sont rares et absolument sèches, le sifflement laryngo-trachéal très sec, métallique et sonore se fait entendre à une très grande distance. Les inspirations sont très accélérées et presque aussi bruyantes que chez les asthmatiques. Tous les muscles qui concourent à la respiration sont dans une contraction convulsive. Le pouls très fréquent et quelquefois irrégulier est en rapport avec la respiration. La face est pâle, les lèvres violettes, et la tête renversée en arrière. Dans ce dernier degré de la maladie, l'assoupissement est presque continuel et le malade n'en sort que quand il est tourmenté par les angoisses de la suffocation, qui sont presque toujours provoquées par la toux ». Il y aurait des irrégularités, du reste assez fréquentes, des phases indiquées par allongement, raccourcissement, fusion, rémission apparente suivie de récidive. Parfois le premier stade manquerait quand il s'agit d'un croup d'emblée. Le fait serait du reste beaucoup plus rare qu'on l'admettait autrefois. « Peut-être s'élève-t-il au plus à un vingtième. »

Les *complications* de la diphtérie laryngée étant les mêmes,

en somme, que celles de la diphtérie pharyngée, nous n'avons pas à en parler ici. Quant à la propagation aux bronches, Home avait déjà cité des faits de ce genre, sur lesquels ont insisté Jurine, Albers, Royer-Collard, etc., au début du XIX[e] siècle. On expliquait ainsi les échecs de la trachéotomie, vulgarisée par Trousseau dans le traitement du croup.

Entrons maintenant dans *quelques particularités* touchant aux formes acceptées par les auteurs de l'époque. Beaucoup admettent avec Jurine un croup laryngé et un croup trachéal. Voici les caractères différentiels assignés à ces deux espèces. Groupons arithmétiquement les arguments invoqués par les nosologistes.

a) *Croup du larynx.* — 1° Invasion presque subite et souvent imprévue ; 2° marche des symptômes rapide et intense ; 3° prompt développement des accidents spasmodiques ; 4° rémittence de courte durée ; 5° sensation douloureuse du larynx que la pression augmente d'ordinaire ; 6° enfin une mort prompte si les remèdes ne parviennent pas à calmer les symptômes et à arrêter la marche rapide de la maladie.

b) *Croup de la trachée-artère.* — 1° Invasion annoncée par des symptômes équivoques, qu'on pourrait rapporter à d'autres maladies, surtout aux affections catarrhales ; 2° les symptômes ont une marche moins rapide que dans le croup du larynx ; 3° les accidents spasmodiques sont prononcés dès le début de la maladie ; 4° les rémittences sont plus longues, et quelquefois se changent en intermittences ; 5° la sensation douloureuse de la trachée et du larynx est rarement révélée par la pression ; 6° si la terminaison est fatale, la mort arrive moins promptement. On supposait que le croup du larynx pouvait débuter tantôt d'emblée par cet organe, tantôt, comme le voulait Bretonneau, descendre des amygdales ; parfois le croup de la trachée viendrait de plus bas, des premières divisions bronchiques, et même se compliquerait de l'état pseudomembraneux des dernières divisions. Assez souvent enfin, les fausses membranes, disent les nosologistes de l'époque, occupent à la fois le larynx et la trachée, et les caractères de ces deux variétés seraient fondus ensemble. Quant aux phénomènes différentiels de ces deux formes, ajoutons, avec Blaud, aux caractères fournis par Jurine, que la toux serait plus sourde, plus grave, la voix plus promptement éteinte dans le croup laryngien, tandis que la première paraîtrait plus sifflante et la voix mieux conservée dans le croup trachéal.

Suivant l'âge on distinguait :

a) Le *croup des enfants*, que nous venons de décrire d'après les écrivains du temps.

b) Le *croup de l'adulte*, nié énergiquement par les partisans de Home, le mal étant pour eux une affection propre à l'enfance; Schwilgué, Portal, Michaelis, Vieusseux en avaient pourtant, à la fin du siècle dernier, signalé quelques exemples. Mais c'est Louis, le célèbre anatomopathologiste, qui mit le fait hors de doute par ses recherches nécroscopiques. Voici les caractères qu'il assigne à la laryngite pseudomembraneuse chez les sujets adultes : « 1° Au début, mal de gorge, chaleur, gêne de la déglutition, fausse membrane dans le nez, l'arrière-gorge, sur les amygdales, puis extension au larynx ; peu de toux, très rarement des accès de suffocation ; 2° voix peu altérée, pas de sifflement laryngien, accès rares et peu intenses, symptômes généraux peu graves, mort au bout de six à huit jours ; 3° fausse membrane très mince. Comme on le voit, les différences portent : 1° sur le mode d'invasion, qui ne présente pas la période catarrhale ; 2° sur la marche, qui n'offre pas la même intensité de dyspnée, les mêmes accidents spasmodiques, le sifflement laryngien, etc., et enfin, sur la disposition anatomique des concrétions diphtéritiques qui n'oblitéraient pas les voies aériennes. »

Suivant la *marche*, on admettait encore, à côté du croup continu, une sorte de croup *intermittent* que Guersant faisait rentrer dans la laryngite striduleuse avec rémissions et aggravations alternatives, opinion qui finit bientôt par l'emporter. C'était Jurine qui avait fait adopter un moment ce type morbide. Il en avait rapporté trois observations, dont deux terminées par la mort; dans le seul cas où l'autopsie put être faite, on ne trouva pas de fausses membranes, mais un pus très épais. Déjà, à cette occasion, Royer-Collard avait observé que les cas mentionnés par Jurine semblaient tenir le milieu entre le croup ordinaire et l'asthme aigu de Millar; Guersant démontra qu'il s'agissait de catarrhes avec rémittences dans les accès.

« Toutefois, en excluant les faits de Jurine, d'après celui de Vieusseux qui a été publié par Hastron dans sa thèse (Paris, 1828), on peut dire que, dans certains cas, il existe, entre les accès de suffocation, des intermissions, ou, si l'on veut, des rémissions tellement marquées, que l'enfant paraît jouir par intervalle de la meilleure santé. Il faut que le praticien ait ces faits présents à l'esprit, qu'il ne tombe pas dans une trompeuse sécurité et ne croie pas à une guérison, alors qu'une attaque nouvelle peut venir décevoir ses espérances et enlever le malade. »

Enfin, on savait que, chez les cachectiques, les enfants affaiblis par une maladie générale antérieure, le mal évolue sourde-

ment, sans grande réaction locale et générale, et occasionnerait la mort par asphyxie, sans phénomènes spasmodiques suraigus ; c'était la variété dite « *croup latent* ».

Diagnostic. — Les maladies suivantes prêtaient, suivant les praticiens de l'époque, à la confusion avec le croup.

a) *Laryngite aiguë ordinaire*. Ici la toux ne serait pas sifflante, plus sonore et moins sèche ; l'expectoration resterait muqueuse, plus ou moins épaisse, et ne présenterait jamais de fausses membranes ; une douleur assez vive siègerait à la région du cou, la gêne de la respiration paraîtrait continue, peu accentuée d'ordinaire et ne reviendrait pas par accès. La voix semblerait basse, presque éteinte, mais sans altérations bien appréciables dans son timbre. A l'auscultation, on entendrait très bien le murmure vésiculaire. Fièvre assez forte et continue dans les cas intenses ; enfin, pas d'engorgement ganglionnaire.

b) La *laryngite striduleuse*, pseudo-croup, asthme aigu de Millar, asthme de Kopp, se distinguerait par les caractères suivants, de la laryngite pseudomembraneuse. Elle attaquerait plutôt les enfants des personnes vivant dans l'aisance que les pauvres (Guersant, Billard) ; elle se montrerait surtout de un an à six ou sept (Blache). Le début serait brusque, violent, bien souvent la nuit, s'accompagnant d'une dyspnée intense, d'une suffocation imminente, avec tous les caractères de l'accès croupal ; puis bientôt l'orage se calmerait et les accès suivants seraient de plus en plus faibles ; dans les intervalles, la santé semblerait parfaite ; pas de fausses membranes dans l'arrière-gorge, pas d'expectoration couenneuse, pas de douleur au larynx, pas de fièvre, pas d'engorgement des ganglions lymphatiques du cou ; pas d'aphonie, de diminution du murmure vésiculaire ; l'expiration ne paraîtrait pas aussi longue que l'inspiration.

c) *Œdème de la glotte*. On savait que le mal était rare chez l'enfant et que, si la voix est altérée et le sifflement respiratoire prononcé, la dyspnée permanente, l'expiration courte et facile, le doigt porté dans l'arrière-gorge (Thuillier) percevrait l'empâtement œdémateux des ligaments aryténo-épiglottiques. Billard avait cru remarquer que plusieurs enfants affectés d'œdème de la glotte avaient en même temps le tissu cellulaire des diverses parties du corps, œdémateux (notre œdème de la glotte par néphrite) ; il avait aussi noté un chevrotement particulier du cri.

d) *Corps étranger*. Ici, il y aurait les anamnestiques et la sensation d'un corps mobile dans le larynx ou la trachée, qui s'ac-

compagnerait à l'auscultation d'un grelottement ou bruit de va-et-vient; enfin, comme signe négatif, pas de sifflement laryngien, pas de voix ni de toux croupales, pas de dyspnée dans l'intervalle des accès.

Traitement. — Une multitude de moyens furent proposés contre le croup, mais bien peu avaient une efficacité réelle : notre intention n'est pas d'entrer dans le détail de toutes ces formules, abandonnées pour la plupart et qui encombraient inutilement les ouvrages de l'époque : vomitifs, dérivatifs intestinaux, rubéfiants cutanés, cataplasmes sinapisés, vésicatoires, gargarismes de toute sorte étaient prescrits avec une déplorable abondance. Il n'y a pas longtemps qu'on avait abandonné la saignée. Les fortifiants paraissaient plus rationnels, mais d'une utilité purement symptomatique et bien limitée. Seule la trachéotomie remédiait au danger le plus pressant, l'asphyxie. C'est à Trousseau, comme on le sait, qu'on doit la vulgarisation de l'ouverture trachéale dans le croup; celle-ci sauvait de temps à autre quelques victimes, mais que d'insuccès à noter quand l'affection était tant soit peu maligne !

Œdème de la glotte. — Déjà on avait signalé des cas dans lesquels, certains individus ayant succombé avec les phénomènes de la suffocation, on avait reconnu l'existence d'un engorgement dans le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. Morgagni (lettres 4, 22, 44) en a publié quelques exemples. Mais on doit à Bayle d'avoir, le premier, tracé une histoire détaillée de cette maladie. Cette étude, dans laquelle il décrivait cette affection sous le nom d'œdème de la glotte, la regardant comme essentiellement différente de l'angine laryngée inflammatoire, fut depuis insérée dans le grand *Dict. des sciences médicales*, t. XVIII. En 1815, Thuillier adopta la même doctrine. Dix ans plus tard (*Archiv. gén. de méd.*, 1825), Bouillaud s'éleva contre l'opinion de Bayle et rattacha l'angine laryngée œdémateuse à la grande classe des phlegmasies. Cette opinion triompha peu après et c'est elle qui fut adoptée par Cruveilhier, Trousseau et Belloc (*Journ. des conn. chir. médicales*, juillet 1836) et enfin par Blache dans son article du *Dictionnaire en 30 vol.*, t. XVII. D'autre part, on fit remarquer que le terme topographique choisi par Bayle était peu heureux, parce que le mal n'occupe qu'exceptionnellement la fente glottique et présente presque toujours son maximum au niveau des replis aryténo-épiglottiques, c'est-à-dire bien plus haut. Quelques écrivains soutenaient que c'était une affection propre aux sujets cachectiques ou épuisés par une grave maladie générale; on l'avait vu survenir en effet au cours

de la scarlatine, de l'érysipèle et aussi de l'angine, mais cette dernière occurence était regardée comme assez rare. On incriminait beaucoup plus volontiers les ulcérations graves du larynx englobées alors sous le nom de phtisie laryngée. Enfin Billard faisait remarquer que parfois l'œdème de la glotte constituait un accident ultime de l'anasarque. Du reste, les causes hydropigènes étaient encore fort mal connues ou même tout à fait ignorées des contemporains.

Les anatomo-pathologistes avaient assez bien décrit les *lésions* macroscopiques. On voit, disaient-ils, les replis muqueux aryténo-épiglottiques soulevés et gonflés par l'infiltration séreuse du tissu cellulaire qui les double; de cet engorgement résulte une déformation de la partie la plus élevée du larynx, qui est tellement rétrécie, que les replis muqueux dont nous parlons se touchent presque bord à bord; ils sont mobiles et tremblotants; comprimés, ils cèdent en faisant éprouver le sentiment d'une résistance élastique et reviennent bientôt sur eux-mêmes. Au-dessous, la membrane muqueuse qui tapisse les parois du larynx, celle qui forme les cordes vocales, est également soulevée par une infiltration séreuse, mais d'autant moins que le tissu cellulaire sous-muqueux est plus ferme et plus résistant; les ventricules du larynx peuvent être affectés et se trouver au niveau des lèvres de la glotte. Quant à la muqueuse elle-même, elle présenterait des traces plus ou moins évidentes d'inflammation soit aiguë, soit chronique; l'épiglotte paraîtrait ordinairement soulevée, dure, infiltrée, arrondie, pâle, ou quelquefois d'un rouge livide. Voici la description qu'en donne Cruveilhier, dont les recherches ont jeté un grand jour sur cette question; il note l'état des parties, suivant que le malade a résisté plus ou moins longtemps : « La mort a-t-elle été très rapide, les bourrelets épiglotti-aryténoïdiens sont mous, tremblotants, demi-transparents; ils sont formés par une sérosité limpide, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-muqueux; la muqueuse est décolorée sans la moindre trace d'inflammation. Il y a œdème dans toute la rigueur de l'acception.

« La mort a-t-elle été moins prompte, le liquide infiltré est séro-purulent; d'autres fois, c'est une sérosité plastique, une pseudo-membrane infiltrée qu'on ne saurait exprimer du tissu cellulaire. La dénomination d'angine laryngée œdémateuse peut encore convenir à cette lésion.

« Si le malade a succombé moins rapidement encore, ce n'est plus de la sérosité ou un liquide séro-purulent, mais bien du pus infiltré; il y a encore angine laryngée purulente.

« Si moins rapidement encore, par exemple lorsque le malade a vécu cinq à six jours, on trouve le pus rassemblé en petits foyers dans un ou plusieurs points, les cartilages aryténoïdes privés de leur périoste; la membrane muqueuse présente des escarres blanches plus ou moins irrégulières et circonscrites par un cercle de vaisseaux. La formation de ces escarres est consécutive et le résultat du décollement qu'a subi la muqueuse par suite de l'infiltration du pus; il y a laryngite gangreneuse. » L'auteur fait remarquer un peu plus loin que, malgré le maximum de lésions signalé plus haut au niveau des replis précités, il y a le plus souvent généralisation des altérations morbides dans tons les tissus interstitiels du larynx ; les ganglions lymphatiques du voisinage seraient eux-mêmes atteints.

Symptômes. — Suivant les écrivains du temps, le mal débuterait d'abord assez sourdement par un peu de gêne et de douleur dans le larynx; la voix prendrait un timbre plus rauque. De temps à autre, la sensation de corps étranger déterminerait des quintes de toux; la douleur augmenterait; il surviendrait un phénomène caractéristique qui est le sifflement inspiratoire. C'est alors qu'apparaîtraient aussi les accès de suffocation produits par les spasmes glottiques. Blache fait un tableau très dramatique de la crise. « Le malade se tient debout sur son séant, la tête renversée en arrière, s'accrochant avec les mains à tous les objets qui peuvent lui offrir un point d'appui solide; la voix est aiguë, stridente, ou bien, au contraire, voilée et caverneuse; une toux rauque et douloureuse se joint à ces accidents et ajoute encore à l'anxiété qui semble portée à son comble. La face est pâle, inondée d'une sueur froide et gluante, les lèvres violettes, le pouls fréquent, misérable; en un mot, le malade est en proie à un violent accès de suffocation qui ne se distingue des autres états de ce genre que par la différence qui existe entre la presque impossibilité de l'inspiration et la facilité de l'expiration. On se rend facilement compte de ce phénomène par l'inspection anatomique des parties; les ligaments aryténo-épiglottiques, boursouflés, retombent et s'appuyent l'un contre l'autre, bouchant le passage à l'air qui veut entrer, mais s'écartant au contraire avec facilité pour laisser une issue à celui qui s'échappe. Ce premier accès dure quelques minutes et cesse, laissant ordinairement après lui la respiration plus gênée et la voix plus altérée qu'elle ne l'était. De nouvelles suffocations se montrent à des intervalles d'abord assez éloignés, mais qui se rapprochent de plus en plus. Dans les intervalles aussi, la respiration se montre de plus en plus embarrassée et bruyante, surtout pendant le sommeil; l'accalmie

diminue et finit par disparaître tout à fait. D'ailleurs, la déglutition, d'abord seulement gênée, devient presque impossible; les boissons ingurgitées sont rejetées immédiatement par les fosses nasales; la face est d'une pâleur livide, les lèvres, le tour des yeux sont colorés en violet, les yeux sont rouges et saillants ou ternes et enfoncés. Tout indique une lésion profonde de l'hématose par gêne de la respiration. Le malade est en proie à une agitation, à une anxiété inexprimables; le pouls est faible, serré, fréquent. Vers la fin, le malade est plongé dans un assoupissement comateux du plus triste augure; l'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal dans la poitrine; la percussion ne donne rien de particulier. »

Parfois, disait-on, les accidents s'atténuent, les accès cessent; mais le plus souvent le malade ne tarde pas à succomber soit au milieu d'un calme apparent, trompeur (collapsus asphyxique), soit pendant une crise. A côté de cette forme classique, on en admettait une autre beaucoup plus *lente*, observée par exemple chez le phtisique et une autre à marche au contraire *foudroyante*, dont on possédait déjà quelques exemples dans la littérature médicale. Rappelons enfin que Billard avait décrit une sorte d'œdème de la glotte latent chez les enfants, constituant un accident ultime révélé surtout par les recherches nécroscopiques.

« On trouve assez souvent, dit cet auteur, en faisant l'autopsie cadavérique d'enfants qui, pendant leur vie, avaient présenté quelques symptômes d'angine, au lieu d'une inflammation bien caractérisée, une tuméfaction œdémateuse plus ou moins considérable des parois du larynx. Les signes extérieurs de cette affection ne sont pas très reconnaissables; il y a, comme dans l'angine inflammatoire, une altération du cri, plus ou moins profonde, mais les autres symptômes sont d'autant plus larvés que cet œdème survient en général chez des enfants très faibles, presque mourants et qui, par conséquent, ne présentent pas un développement assez marqué de leurs fonctions pour que les troubles qui y surviennent soient appréciables. Cependant, j'ai cru remarquer que plusieurs enfants affectés d'œdème de la glotte avaient, en même temps, le tissu cellulaire des diverses parties du corps œdémateux, et que leur cri, fort irrégulier, presque toujours voilé et incomplet, était saccadé comme le bêlement d'une chèvre. C'est à cette modification du cri que j'ai donné le nom de cri chevrotant. »

Le *diagnostic positif* s'appuyait non seulement sur les commémoratifs, l'existence du sifflement respiratoire mais encore

sur une sorte d'exploration directe, plusieurs des cliniciens de l'époque, en France et aussi en Allemagne (Sachse), ayant remarqué qu'en déprimant fortement la base de la langue, l'opercule cartilagineux du larynx, deviendrait en partie visible. « La muqueuse qui revêt l'épiglotte, dit Cruveilhier, et surtout le repli muqueux qui l'entoure participant toujours à la maladie et l'épiglotte pouvant toujours être vue par une exploration convenable dans une grande partie de sa hauteur, cette lamelle mobile révèle par son infiltration, sa pâleur, sa rougeur, l'état de la région sous-glottique du larynx. » D'autre part, l'inspection digitale, qui donne de si précieux résultats dans nombre de cas embarrassants, avait été mis en usage par Thuillier qui, dans sa thèse, rapporta plusieurs exemples en démontrant l'efficacité. Cruveilhier fait remarquer, à ce propos, que, dans les cas très aigus, on détermine parfois ainsi des accès très graves de suffocation qui rendent l'emploi de ce procédé bien difficile ; de telle sorte que ce ne serait guère que dans l'œdème de la glotte à réaction symptomatique modérée et surtout dans les variétés subaiguës dont nous avons parlé plus haut, que l'exploration digitale donnerait tous ses résultats. La difficulté d'atteindre les parties, la mollesse des tissus en contact, ne permettraient d'obtenir du reste bien souvent que des sensations incertaines. Blache partage entièrement sa façon de voir et il rapporte que, sur deux malades, il essaya vainement d'y avoir recours. Chomel qui vit l'un de ces deux malades n'aurait pas été plus heureux.

Le *diagnostic négatif* n'aurait, suivant les auteurs de l'époque, que peu à s'occuper d'une confusion avec une maladie du poumon ou du cœur s'accompagnant d'accès de suffocation, la percussion, l'auscultation, les commémoratifs, l'évolution des accidents morbides étant là pour éclairer le clinicien. Il en serait de même de l'asthme, d'autant plus que, dans l'œdème de la glotte, le sifflement est inspiratoire et l'expiration remarquablement facile. Le cas deviendrait plus embarrassant quand il s'agit d'un corps étranger, mais la marche des accidents ne serait pas tout à fait la même ; d'autre part, on pourrait s'appuyer sur le bruit de grelot fréquent et sur les anamnestiques. Le croup, par son début angineux habituel, par le rejet des fausses membranes, par l'allure du mal se distinguerait assez facilement de l'œdème de la glotte, au moins dans la majorité des cas. On savait déjà que certaines affections médiastines offrent une analogie symptomatique parfois déconcertante avec l'affection dont nous nous occupons. Certains chirurgiens auraient même, disait-on, pratiqué dans ces cas la trachéotomie, croyant avoir affaire à une

infiltration séreuse des replis aryténo-épiglottiques. Cruveilhier avoue avoir été sur le point de s'y tromper[1].

Dans le *traitement*, on obéissait à deux indications principales. Pour remplir la première, on recourait à l'émission sanguine locale ou générale, aux révulsifs cutanés, aux purgatifs, aux boissons émollientes. Pour combattre le gonflement des tissus, Thuillier avait proposé de faire une sorte de massage avec le doigt porté dans l'arrière-gorge. Lisfranc pratiquait des mouchetures sur les parties engorgées. Mais, plus souvent, avec raison, on comptait sur la trachéotomie.

Périchondrite. — Cette variété de laryngite aiguë semble avoir été décrite la première fois par Cruveilhier sous le nom de laryngite sous-glottique.

Voici les conclusions qu'il tire de cinq observations personnelles : « 1° Le tissu cellulaire sous-muqueux de la région sous-glottique du larynx peut être le siège d'une inflammation aiguë ; 2° Cette inflammation a pour résultat la nécrose du cartilage cricoïde,nécrose qui est généralement regardée, de même que celle des autres cartilages du larynx, comme l'effet d'une inflammation chronique, et plus particulièrement de la phtisie laryngée ; le pus, accumulé autour du cartilage, soulève la muqueuse du larynx laquelle forme un bourrelet circulaire qui, en rétrécissant la cavité circulaire du larynx, entraîne tous les accidents occasionnés par les maladies qui s'opposent au passage libre de l'air ; 3° Le pus peut se faire jour dans l'œsophage, de même que la portion du cartilage nécrosé. On conçoit qu'alors le pus et le cartilage puissent être rendus par le vomissement ; 4° Le pus et le cartilage peuvent se faire jour dans le larynx ; il arriverait alors ce qu'on a observé dans certains cas de maladies chroniques du larynx. N'est-ce pas à des exemples de ce genre qu'appartiennent ces faits d'expulsion de cerceaux de la trachée, de cartilages ossifiés que Valsalva soupçonne venir du larynx, faits observés chez certains individus présumés phtisiques et qui ont parfaitement guéri après cette expulsion ? »

L'observation de Hunter, rapportée par Cruishank, est bien évidemment du même genre (*Anat. des vaisseaux*, obs. 277). Un individu qui avait expectoré du pus et du sang pendant plusieurs mois et qu'on regardait comme phtisique, fut guéri après avoir rendu un corps solide qu'on reconnut pour être la base du cartilage cricoïde ossifié ; 5° Les symptômes de la laryngite sous-glottique sont d'ailleurs tous ceux de la suffocation par

1. Il s'agissait de la paralysie des cordes vocales par compression du récurrent.

rétrécissement du larynx ; les seules différences résultent du siège, le tissu cellulaire sous-muqueux de la région sous-glottique étant moins lâche et par conséquent moins susceptible d'infiltration que celui de la région sus-glottique. La marche de la maladie est donc moins rapidement mortelle ; elle peut même se présenter sous le mode chronique, tandis que la laryngite sus-glottique est toujours entièrement aiguë. Le siège de la maladie explique encore le siège de la douleur qui occupe la partie inférieure du larynx, et la gêne dans la déglutition, moindre que dans la laryngite sus-glottique. D'ailleurs, une gêne constante dans la respiration, des accès de suffocation dont la cause réside évidemment dans le larynx, des quintes de toux sifflante avec décomposition des traits, suffocation imminente, la mort pendant un accès : voilà le tableau de la laryngite sus-glottique aiguë.

« Le traitement est cependant celui de la laryngite sus-glottique : comme pour cette dernière, dans le cas d'insuccès des premiers moyens, il importe d'avoir recours à la laryngotomie ou plutôt à la laryngo-trachéotomie, qui consiste dans l'incision du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée. »

Phtisie laryngée. — Les anciens avaient quelques notions des laryngites chroniques accompagnées d'un très mauvais état général, de troubles vocaux graves et progressifs ; mais ils n'avaient pas su dissocier ce qui appartenait au poumon et ce qui revenait au larynx, de telle sorte que tout se trouvait englobé dans le syndrome assez vague appelé par eux phtisie. C'est à Morgagni qu'on doit cette distinction capitale, comme nous l'avons dit plus haut. Mais cet auteur, quelle que soit l'importance du service qu'il a rendu à la pathologie de l'organe vocal, n'a nullement tracé un tableau morbide d'ensemble de l'affection. Il n'a fourni que des matériaux nécroscopiques prouvant la gravité des lésions chroniques dont le larynx peut être atteint et leur coïncidence avec des symptômes rappelant de très près la tuberculose pulmonaire. Dans l'observation contenue dans la lettre 25, article 13, il signale seulement l'existence, chez la malade, de phénomènes dyspnéiques rappelant l'asthme, avec affaiblissement de la voix et termine en disant que les médecins qui la traitaient la regardaient comme phtisique. L'observation rapportée à l'article 15 de la même lettre est, il est vrai, un peu plus explicite quoiqu'encore bien incomplète. Dans le cas rapporté dans la lettre 22, article 27, il s'agissait d'altérations trachéales qui guérirent ; Morgagni conclut qu'il pourrait bien se faire que de prétendus phtisiques,

recouvrant finalement la santé, ne soient en réalité atteints de ces altérations morbides.

Borsiéri, s'appuyant sur ces différents faits, empruntés à son illustre compatriote, avança que la fièvre hectique et la mort peuvent être produites par les ulcérations laryngées et trachéales (*Institutiones medicinæ practicæ*, t. VI, édition de Berlin, paragraphes 57 et 62) et il esquisse un peu arbitrairement l'aspect clinique de celles-ci. « Sunt etiam qui existiment ulcera laryngis et asperœ arteriæ, quia pulmonibus non insident a phtysi secludenda esse. Verum ab his quoque corpus sœpe deperit et lenta febricula videtur, qua omnis altrix materies absumitur ; plerumque enim pulmo una afficitur, vel brevi eadem labes ad eum propagatur. Quapropter hanc phtysin nisi pulmonariam, trachealem certe appellandam esse non inepte judicaverim. » Mais ce mot phtisie laryngo-trachéale ne doit pas trop nous illusionner. Si l'auteur italien a compris, et ce n'était point difficile après les documents nécroscopiques de Morgagni, que les ulcères laryngo-trachéaux peuvent gravement troubler la santé et même occasionner la mort, que dire des assertions où il affirme que, dans ces cas, il n'y a pas d'oppression, pas de gêne à respirer, même pendant les efforts, tels que l'acte de monter les escaliers, que le malade peut se placer comme il veut dans le décubitus, qu'il n'y a pas ou presque pas de fièvre. Il insiste sur un amaigrissement particulier des doigts et sur une fétidité extrême des crachats.

Lieutaud (*Histoire anatomique médicale*, livre IV), revenant sur les faits signalés par Morgagni, signala la possibilité qu'il y avait, suivant lui, de voir certaines tumeurs déterminer la symptomatologie du nouveau type morbide. Il en cita comme preuve une observation dont nous parlerons plus loin, où l'inspection nécroscopique ne révéla que l'existence d'un volumineux polype. Portal rapporta aussi quelques cas personnels de phtisie laryngée. Puis vinrent les travaux de Double, de Lagnelet, de Sauvée, de Cayol, de Bayle, de Papillon, de Delpit, de Maygrier, de Pravaz. La plupart ne sont que des thèses renfermant des faits cliniques plus ou moins intéressants, ainsi que les opinions déjà exprimées, en général, par leurs maîtres.

Quelques-uns cependant méritent d'attirer davantage l'attention. Ainsi, la thèse de Cayol sur la phtisie trachéale est une assez bonne étude clinique, où l'auteur essaye de distinguer la phtisie laryngée de la phtisie trachéo-bronchique, distinction que Double rejette, pensant que les deux affections sont identiques, le mal siégeant tantôt plus haut tantôt plus bas. Pravaz s'efforce,

d'autre part, de prouver la curabilité de la phtisie et en donne des preuves tirées de la littérature médicale ou de son observation personnelle.

Les écrits qui firent le plus avancer la question sont ceux de Louis, qui exposa, d'une façon très lucide et très complète, les désordres anatomiques qu'on pouvait retrouver du côté du larynx chez les phtisiques tuberculeux, d'Andral, de Cruveilhier, qui complétèrent les recherches de Louis et conclurent comme lui à l'existence de processus phlegmasiques vulgaires, opinion que Barth s'efforça en partie de contredire, ainsi qu'on le verra plus loin.

La meilleure œuvre clinique de l'époque sur la phtisie laryngée est certainement le traité de Trousseau et Belloc. Un prix avait été proposé par l'académie de médecine pour tacher de résoudre les problèmes encore très embrouillés touchant cette affection. Ces auteurs écrivirent à ce propos une monographie des plus remarquables, où, non contents de refléter les idées de l'époque, ils modifièrent celles-ci en bien des points. Si, comme d'autres, ils se montrent polygénistes, s'ils ne différencient pas suffisamment la laryngite tuberculeuse de la laryngite syphilitique et de la laryngite chronique, il n'est pas vrai cependant qu'ils n'assignent pas à chacune de ces formes des paragraphes spéciaux. S'ils n'ont pas poussé plus loin la dissociation, c'est qu'ils ne le pouvaient pas en l'absence du laryngoscope.

Étudions maintenant le syndrome phtisie laryngée tel qu'il ressort des écrits de l'époque.

Au point de vue *étiologique*, l'influence du sexe avait été notée par quelques-uns, qui attribuaient une prépondérance fâcheuse du mal au sexe masculin. Cette opinion était basée surtout sur une statistique de Serres portant sur soixante-dix-huit cas de phtisie laryngée, de janvier 1816 à janvier 1821, parmi lesquels il y avait quarante-huit hommes et vingt-neuf femmes seulement. L'influence de l'âge avaient été également signalée et on soutenait que l'affection se montrait exceptionnellement aux deux extrêmes de la vie; on pensait même qu'elle était tout à fait rare dans l'enfance. On admettait généralement que la phtisie laryngée est surtout fréquente de trente à quarante-cinq ans, c'est-à-dire, à l'époque où la virilité atteint son maximum. Voigtel et beaucoup d'autres supposaient que les lésions chroniques graves du larynx se montrent surtout aux saisons froides et brumeuses, principalement à l'automne.

Ramozzini croyait à l'importance des causes professionnelles

et soutenait que les amidonniers, les plâtriers, les tailleurs de pierre, les perruquiers, les fileurs de coton, les cardeurs de matelas, les ouvriers des fabriques d'acides minéraux, les carriers, les chanteurs dans les rues, les crieurs publics sont particulièrement sujets aux attaques du mal.

Les personnes à constitution affaiblie par la misère, les maladies graves antérieures, l'abus des plaisirs vénériens, contracteraient aussi fréquemment ce dernier. Enfin, on acceptait généralement l'idée que les attaques répétées de laryngites aiguës amènent à la longue l'établissement d'une phtisie laryngée chez les sujets prédisposés du moins, de telle sorte que la distinction entre ces deux affections de l'organe vocal semblait, à cette époque, loin d'être aussi tranchée qu'aujourd'hui.

Les corps étrangers étaient nettement incriminés depuis que Desault avait rapporté l'observation du provençal, qui succomba à la suite de troubles laryngés graves, deux ans après qu'un noyau de cerise se fût engagé à l'intérieur de son organe vocal.

La suppression des flux habituels sanguins (règles, flux hémorroïdaux, etc.) devait naturellement être accusée, étant donné les théories métastatiques de beaucoup d'auteurs de l'époque ; en effet Portal cite plusieurs cas en faveur de cette opinion, dans ses « observations sur la phtisie pulmonaire ». On supposait que la phtisie laryngée à laquelle aurait succombé Vandermonde, le directeur de l'ancien journal de médecine bien connu, n'aurait pas eu d'autre cause.

Enfin Colignac, ayant observé plus d'une fois des pustules varioliques du larynx, dans ses recherches nécroscopiques, on citait cette pyrexie exanthématique dans l'étiologie possible du mal. Semblable remarque pour la rougeole et même la scarlatine. La syphilis était regardée avec la tuberculose comme l'un des facteurs les plus fréquents et les plus essentiels de la phtisie laryngée. Les recueils du temps, les thèses de l'époque regorgent de faits cliniques prouvant le rôle considérable de la vérole ; mais ceci est si connu qu'il est inutile d'insister.

Ce qui est nécessaire, au contraire, de faire ressortir, c'est que *l'anatomie pathologique* était regardée comme aussi polymorphe que l'étiologie était variée. La nature réelle des lésions graves du larynx rapportées par Morgagni n'est, comme on le sait, pas assez précisée. Lieutaud, dans son traité d'anatomie pathologique, cite des cas de polypes ayant déterminé, par leur présence, tous les symptômes de la phtisie laryngée. Portal mentionne des faits où les ulcères reconnaissaient évidemment une origine très diverse. Desault incrimine les corps étrangers ; d'autres

affirment que la dégénérescence de l'organe vocal est parfois d'origine cancéreuse. On croyait d'ailleurs que l'inflammation simple, en prolongeant outre mesure sa durée, pouvait parfaitement aboutir non seulement à des ulcérations de la muqueuse, mais encore à des nécroses de cartilage.

Il est important de remarquer que la nature spécifique des lésions n'a été reconnue et affirmée que très tard. Certes, les cliniciens et les anatomo-pathologistes savaient depuis longtemps que phtisie laryngée et phtisie pulmonaire coïncident dans la grande majorité des cas ; mais les uns et les autres ne pensaient pas que les ulcérations laryngées fussent déterminées par autre chose que par des processus phlegmasiques, peut-être d'allure un peu spéciale ; c'est ce qui ressortira d'une rapide revue des auteurs principaux qui se sont occupés de la question. Chose remarquable, Laennec, qui a étudié avec tant de soin les lésions anatomiques rencontrées chez les tuberculeux, ne dit rien sur celles qui se rencontrent au larynx. Louis combla cette lacune et la description qu'il donna, en 1825, des altérations morbides qu'on retrouve dans l'organe vocal des phtisiques, est déjà fort remarquable. « Il faut regarder, dit-il, les ulcérations du larynx, et surtout celles de la trachée et de l'épiglotte, comme des lésions propres à la phtisie. » Mais il ne croyait pas à l'existence des tubercules laryngés. Il affirme même que, dans aucun cas, il n'en a trouvé dans les voies aériennes supérieures. Il attribuait les désordres observés à une irritation inflammatoire, déterminée par le passage des crachats provenant du poumon. Ces crachats seraient d'autant plus nocifs qu'ils proviendraient de lésions plus avancées, et les cavernes se montreraient à ce point de vue les plus redoutables.

Andral parle bien de tubercules, mais ceux-ci ne sont nullement dans son idée d'origine phymateuse. « D'autres fois, dit-il, le pus que sécrète le follicule (glande muqueuse) est concret, grumeleux ; il en résulte alors de petites tumeurs dures et arrondies, situées, comme le follicule, au-dessous de la muqueuse et que l'on désigne, dans le larynx comme dans l'intestin, sous le nom de tubercules. Au bout d'un certain temps, le pus concret, demi solide, plus ou moins semblable aux grumeaux que sécrètent les fausses membranes tapissant certains abcès froids, le pus, dis-je, de cette matière tuberculeuse tend à sortir en vertu d'une loi générale. » En somme, il ne s'agirait que d'une similitude de mot, le terme tubercule étant pris dans sa signification la plus générale et étymologique, c'est-à-dire petite tumeur, constituée ici par une glande malade. Un peu plus tard, dans une

de ses leçons à l'école de médecine (11 novembre 1843), il s'exprimait ainsi : « J'ai vu au-dessus de la base du cartilage aryténoïde gauche plusieurs petits points d'un blanc légèrement jaunâtre déposés soit dans l'épaisseur, soit immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse. Ces petits corps étaient, je crois, des tubercules. »

Lhéritier (*Mémoires sur la phtisie laryngée*, p. 20) est plus affirmatif : « Si l'on admet, dit-il, que l'ulcération peut s'étendre à la trachée, aux bronches et aux poumons et déterminer la formation des tubercules, il est également démontré que c'est à la présence de ces corps qu'est souvent due la laryngite ulcéreuse chronique, et que ce n'est que dans le cours de la phtisie pulmonaire que le larynx commence à s'affecter. » Cependant, Monneret et Fleury, forts des affirmations écrites et verbales d'auteurs aussi autorisés qu'Andral et Piorry, continuent à soutenir que : « jusqu'à preuve nouvelle, les tubercules ne se développent point dans le larynx, ou du moins qu'ils ne s'y montrent que dans des cas extrêmement rares et tout à fait exceptionnels ; que par ulcération tuberculeuse du larynx, il faut entendre ulcération du larynx existant chez un malade atteint de phtisie pulmonaire et que ces inflammations doivent être rapportées à une inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse ou des follicules du larynx. »

En définitive, c'est à Rokitanski que revient réellement l'honneur d'avoir mis le fait hors de doute :

« Le tubercule est très fréquent dans les voies aériennes et il existe tantôt dans le larynx, tantôt dans les bronches.

« Dans le larynx, il ne se présente guère autrement que dans le cours de l'ulcération tuberculeuse des bronches et des poumons (phtisie pulmonaire). Il siège sur la muqueuse de la paroi postérieure du larynx qui recouvre le muscle transverse (aryténoïdien) ; ce n'est que par exception qu'on le trouve en d'autres points. Ces tubercules se réunissent en groupes, et, en se ramollissant, ils donnent lieu à des ulcérations dont la grandeur varie entre celle d'un grain de millet et d'une lentille. Ces ulcérations qui sont limitées par un bord dur peuvent se réunir et donner lieu à une ulcération secondaire plus étendue. Celle-ci est irrégulière, anfractueuse, à bords festonnés, et son fond érodé atteint le tissu cellulaire sous-muqueux. L'ulcération se développe encore en étendue et en profondeur par la formation successive de tubercules dans l'épaisseur de ses bords et de son fond et finit par s'étendre à tout le larynx, l'épiglotte, le voile du palais et la base de la langue d'une part, et d'autre

art sur la trachée, sur les muscles, ligaments et cartilages qu'il détruit en dernier lieu, après leur ossification préalable. Quelquefois, l'ulcère perfore les parois du larynx et produit un emphysème dans le tissu cellulaire par la sortie de l'air à travers la fistule (*Traité d'anatomie pathologique*, t. III). »

Dans son mémoire sur les ulcération du larynx, Barth a précisé la fréquence avec laquelle ces lésions se rencontrent sur toute la région envisagée :

« Il en serait à peu près de même des ulcérations tuberculeuses, d'après Bayle, qui, sur cent sujets, avait trouvé dix-sept fois des ulcérations du larynx, et regardait comme beaucoup plus rares celles de la trachée et des bronches. Selon Andral aussi, la fréquence des ulcérations tuberculeuses était en décroissant de haut en bas dans les différentes portions de la membrane muqueuse des voies aériennes. Mais, d'après les relevés de Louis, la fréquence relative des ulcérations dans ces diverses parties (si l'on excepte les bronches) aurait lieu dans un ordre inverse. Sur cent deux sujets, cet observateur a trouvé quarante-quatre fois des ulcérations dans les voies aériennes et, sur ce nombre, elles siégeaient dix-huit fois sur l'épiglotte (et cinq fois sur cette partie isolément), vingt fois dans le larynx, trente et une fois dans la trachée et sept fois dans les bronches.

« Pour nous, en ne comptant que les neuf observations citées plus haut, les ulcérations se sont rencontrées sept fois dans le larynx, six fois dans la trachée-artère et cinq fois dans la première ramification des bronches. Dans deux cas, elles occupaient le larynx seul; dans deux cas, le larynx et la trachée; deux fois, le larynx, la trachée et les bronches ; une fois, le larynx et les bronches ; deux fois enfin, la trachée-artère et les premières ramifications bronchiques.

« Du reste, ces lésions n'envahissent pas non plus avec la même fréquence les différents points des diverses portions du tube aérien ; à la partie supérieure du larynx, on les observe quelquefois sur les replis aryténo-épiglottiques ; et deux fois, je les ai vues siégeant sur le pourtour des bords supérieurs du larynx, dont elles occupaient surtout la partie postérieure, de manière à augmenter le diamètre de l'ouverture laryngée, en agrandissant l'intervalle qui sépare les cartilages aryténoïdes.

« Sur l'épiglotte elle-même, elles siègent le plus ordinairement à la face laryngée et surtout dans sa moitié inférieure ; je ne les ai rencontrées que rarement à la face linguale, et, dans ce cas, elles étaient petites et peu nombreuses, résultats qui sont d'accord avec les observations de Louis.

« Dans la cavité du larynx, il n'est aucun point où l'on n'ait observé des ulcérations. Communes sur les cordes vocales, surtout à leur partie postérieure et à leur point de réunion, on les rencontre fréquemment aussi à la face interne et dans l'intérieur des ventricules. »

Les altérations macroscopiques furent longtemps seules étudiées. Au début, on admettait de la congestion et de la rougeur. Plus tard, en outre des ulcérations signalées plus haut, on notait qu'il y avait un gonflement assez notable des replis aryténo-épiglottiques. Les bandes ventriculaires passaient aussi pour fortement atteintes. On avait signalé que, parfois, leur hypertrophie est si considérable, qu'elles masquent presque entièrement les cordes vocales. L'articulation aryténo-cricoïdienne serait le plus souvent envahie, profondément lésée, parfois luxée (Lhéritier, Bouillaud, Trousseau, etc.). L'épiglotte, dont les lésions tuberculeuses ont été admirablement étudiées par Louis, se montrait, disait-on, boursouflée, déchiquetée, recroquevillée, parfois mutilée. Elle changerait souvent complètement de forme et d'aspect, deviendrait sphéroïdale, s'ankyloserait, etc. On avait signalé à son niveau des perforations et même des fongosités, ceci considéré du reste comme assez rare. Les ventricules de Morgagni renfermeraient une notable quantité de pus. Les cordes vocales seraient érodées, entamées, souvent de telle façon qu'il n'en resterait guère que quelques débris. Les muscles participeraient au désastre général, apparaissant ramollis et dissociés par le pus. Les cartilages avaient été l'objet d'investigations très attentives et leur nécrose a été étudiée d'une façon très approfondie par Trousseau et Belloc qui s'en exagéraient tant soit peu l'importance.

La *symptomatologie* n'avait point à cette époque la netteté qu'elle aura plus tard, quand on aura fait les éliminations nécessaires et réduit l'étiologie à la tuberculose. Cependant, éclairés par la clinique, les nosologistes d'alors tracent de l'affection une esquisse assez fidèle. Ainsi, même pour le début, Trousseau et Belloc soutiennent avec raison, contre Louis, que certaines formes du mal surviennent avant toute manifestation de tuberculose pulmonaire, ébranlant par cela même l'étiologie caverneuse assignée aux lésions laryngées par le grand anatomopathologiste. Bien entendu, étant donné les idées polygénistes de ces écrivains, ces phtisies laryngées idiopathiques, comme ils les appellent, devaient leur paraître bien plus fréquentes qu'elles ne le sont réellement.

Voici, d'après Blache, comment on peut exprimer l'idée que se

faisaient de l'évolution du mal la majorité des auteurs : « Quelle que soit la cause à laquelle paraisse dû le développement de la phtisie laryngée, la maladie, dans son principe, s'annonce par des symptômes qui dénotent des changements plus ou moins marqués dans le tissu de l'organe, dans ses fonctions et dans les relations qu'il entretient avec le reste de l'économie.

« Un sentiment d'ardeur et de chaleur se fait dès lors sentir dans la région gutturale ; la toux se manifeste ; la sécrétion de la muqueuse du larynx, supprimée au premier début reparaît bientôt et augmente graduellement ; un peu de gonflement se manifeste quelquefois à la région antérieure et supérieure du cou ; une douleur fixe correspond au même point profondément ; la voix s'altère, elle devient rauque, sourde et faible ; en même temps, des phénomènes sympathiques annoncent les progrès croissants du mal ; tels sont l'embarras gastrique, la céphalalgie, des nausées, etc. La fièvre se déclare sur le soir, le pouls est vif et fréquent, la déglutition pénible.

« Telle est la marche de la phtisie laryngée dans sa première période. Ajoutez à ce tableau un dernier trait : c'est que la douleur, fixe, ne correspond point constamment au lieu même affecté véritablement ; ce qui peut faire confondre la phtisie laryngée, à son début, avec la trachéale.

« Au bout d'un temps plus ou moins long, suivant que la maladie a une marche aiguë ou chronique, l'irritation de la membrane muqueuse du larynx détermine insensiblement des excoriations ou plutôt des ulcérations sur un ou plusieurs points de son étendue, Alors commence la seconde période, pendant laquelle l'ulcère, d'abord superficiel, devient plus profond et se recouvre d'une exsudation couenneuse. Alors aussi un sentiment d'érosion se manifeste dans le lieu qu'il occupe ; la voix devient plus rauque ; la toux plus fréquente et plus fatigante ; les crachats sont abondants, filants, visqueux, mélangés de stries jaunâtres et quelquefois cendrées ; la toux et la dyspnée se montrent par accès ; l'action de parler est pénible ; l'articulation des mots est entrecoupée ou suspendue brusquement ; après l'accès de fièvre du soir, les mains et le front se couvrent de sueur, l'insomnie arrive et la suffocation paraît imminente ; il y a une aphonie presque complète après le repas ; enfin l'amaigrissement général, la dyspepsie, la diarrhée, signalent le passage de la seconde à la troisième période.

« Celle-ci est caractérisée par des symptômes spéciaux, quoiqu'elle en offre de communs à toutes les espèces de phtisies au

dernier degré. Il y a, pendant sa durée, aphonie et diarrhée, insomnie, sueurs colliquatives; la langue est rouge à sa pointe et à sa base; les crachats deviennent de plus en plus abondants et sont striés de sang; la respiration pourtant semble moins laborieuse et plus calme; la déglutition paraît plus facile; mais la toux est violente et des frissons irréguliers annoncent l'arrivée de l'accès de fièvre du soir; le marasme est porté à son comble; des lambeaux membraneux s'échappent de la gorge par intervalles; les pieds s'infiltrent de sérosité et une mort, lentement amenée, vient terminer cette scène de douleur. »

La *marche* de la maladie serait assez variable. Ordinairement progressive, elle offrirait souvent des rémissions, des périodes d'aggravation rapide. Ces arrêts plus ou moins réels s'observeraient du reste (Trousseau et Belloc, Barth) surtout quand la cause de l'affection est syphilitique. Il y aurait donc, au point de vue de la durée, des formes lentes et des formes rapides (Barth). Le mal pourrait durer seulement quelques mois ou persister au contraire pendant plusieurs années. « Ces différences, dit Barth, dépendent beaucoup de l'état du poumon, lors du début des ulcérations laryngo-trachéales, et des complications plus ou moins graves qui peuvent survenir pendant son cours, et l'on sait aussi, d'une part, que la durée de l'affection tuberculeuse, en général, est infiniment variable chez les différents individus, et que, de l'autre, la durée des symptômes syphilitiques constitutionnels n'a rien de fixe et de déterminé. »

La confusion des lésions tuberculeuses avec les lésions syphilitiques ou même phlegmasiques simples explique que le *pronostic* paraissait moins sombre que de nos jours. Pravaz avait même insisté dans sa thèse sur la curabilité du mal, assez fréquente suivant lui. Cependant la plupart des auteurs se montrent assez pessimistes.

Barth, ainsi que quelques écrivains de l'époque, insistent beaucoup sur la difficulté du *diagnostic*, notamment avec l'anévrysme de la crosse de l'aorte, c'est-à-dire en réalité avec la paralysie récurrentielle que celui-ci détermine.

« Une maladie un peu plus difficile à distinguer est l'anévrysme de l'aorte qui ne fait point saillie à l'extérieur et qui peut offrir tous les symptômes de la phtisie trachéale ; on y retrouve en effet une douleur derrière le sternum, laquelle peut être attribuée à la trachée, une dyspnée habituelle augmentant par accès, une respiration sifflante, de la toux, une altération de la voix et une gêne de la déglutition ; et plusieurs fois ces deux affections ont été prises l'une pour l'autre. Cependant, l'examen

attentif des circonstances antérieures qui peuvent faire supposer l'existence d'un anévrysme (genre de vie, disposition héréditaire), un sentiment de battement incommode dans la poitrine, le sifflement de la voix tenant plus de la raucité, la sécheresse de la toux, les attitudes singulières que prend le malade, l'accroissement de la dyspnée et de la dysphagie dans certaines positions, la disparition de ces symptômes dans quelques autres, l'inégalité du pouls aux deux radiales, le trouble des battements du cœur, l'œdème d'un membre supérieur, le ralentissement de la circulation dans les branches de la veine axillaire d'un côté, l'engourdissement d'un bras, en un mot, la prédominance des troubles des fonctions circulatoires avec l'absence de l'émaciation et de la fièvre hectique si commune dans les ulcérations aériennes, ne permettent guère de méconnaître l'anévrysme; et à l'exploration de la poitrine, l'existence d'un frémissement particulier sur l'un des points du trajet de l'aorte, perçu par le toucher, une matité plus ou moins étendue, constatée par la percussion médiate, et l'existence d'un bruissement particulier à l'auscultation dissiperaient tous les doutes.

« D'autres tumeurs telles qu'un engorgement du corps thyroïde, des tumeurs stéatomateuses ou autres comprimant la trachée-artère, ou développées entre elles et l'œsophage, pourraient encore en imposer et faire croire à l'existence d'une phtisie trachéale. Mais il y aura encore ici absence du mouvement fébrile et des symptômes de consomption; la douleur aura son siège plus particulièrement derrière le sternum, tandis que, dans les ulcérations de la trachée, le malade la rapporte plutôt à la partie antérieure et inférieure du cou.

« D'un autre côté, les ulcérations du larynx peuvent présenter beaucoup d'analogie avec l'œdème de la glotte, où l'on trouve aussi la gêne à la partie antérieure du cou, l'altération de la voix, la dyspnée, la toux et des crachats semblables à ceux que nous avons signalés plus haut; mais ici c'est bien plutôt le sentiment d'un corps étranger que le malade voudrait expulser qu'une douleur picotante; la maladie est plus aiguë et plus courte; les accès de dyspnée plus prononcés. Il est vrai toutefois que, l'œdème et la tuméfaction des tissus pouvant compliquer les ulcérations du larynx, le diagnostic devient alors très difficile; mais la durée de la maladie, dans ce dernier cas, l'altération de la voix avant les accès de dyspnée et les phénomènes de dépérissement qui accompagnent si habituellement la phtisie laryngée permettraient encore de reconnaître la nature de la maladie. D'ailleurs, comme les ulcérations des voies aériennes sont si rare-

ment indépendantes de l'affection tuberculeuse du poumon, les signes de l'existence de cette dernière affection seront un motif puissant de rapporter les symptômes à des ulcérations avec tuméfaction du larynx plutôt qu'à un simple œdème des replis muqueux de cet organe.

« Quelques auteurs ont encore cherché à distinguer les ulcérations des voies aériennes de la phtisie pulmonaire ; mais ou ces deux affections existent l'une ou l'autre isolément, et, dans ce cas, l'oppression, la douleur dans la poitrine et les signes fournis par l'inspection du thorax, la percussion médiate et l'auscultation, avec absence de chaleur ou de souffrance locale le long du conduit aérifère, absence d'altération de la voix et de difficulté de la déglutition, feront aisément connaître que l'affection dont il s'agit est une phtisie pulmonaire, tandis que la douleur sur un des points du tube aérien, la raucité ou l'extinction de la voix et la difficulté d'avaler sans oppression à la poitrine, sans altération des formes du thorax, de la sonorité de cette cavité, sans râle ou autre altération du bruit respiratoire, signaleront l'existence de la lésion des voies aériennes ; ou bien les deux maladies se trouveront ensemble chez le même sujet, et la réunion des signes précités indiquera facilement cette coïncidence. »

Les cliniciens de l'époque avaient déjà compris l'importance curative du repos de l'organe, que Trousseau et Belloc notamment font déjà suffisamment ressortir. Ces auteurs mettent en doute l'utilité des antiphlogistiques et croient peu à l'utilité des révulsifs et des dérivatifs cutanés ou autres. Ils ont eu le mérite d'oser les premiers, du moins en France, recourir à la médication topique locale, ainsi qu'on le verra plus loin, lorsque nous analyserons leur traité de la phtisie laryngée.

Syphilis du larynx. — Ainsi qu'il a été dit plus haut, les cliniciens de l'époque faisaient rentrer la syphilis de l'organe vocal dans le grand syndrome de la phtisie laryngée. Néanmoins ils savaient que les lésions dues à la vérole n'ont pas tout à fait la même évolution que celles observées chez les tuberculeux, qu'elles offrent par exemple des rémissions, des périodes d'arrêt pouvant se changer parfois en guérison véritable sous l'influence d'un traitement spécifique bien dirigé, quand le médecin a été averti à temps par les commémoratifs et les symptômes concomitants beaucoup plus que par les troubles fonctionnels de la partie de l'organisme envisagée. Thomann, Porter, Marshall-Hall en Angleterre, Pravaz, Trousseau et Belloc, Barth en France ont fait connaître des cas où la syphilis seule était en cause et non

la tuberculose. Toutefois, malgré les efforts des syphiligraphes antérieurs, le sujet restait des plus embrouillés, quand Ricord vint mettre un peu d'ordre et de clarté dans la question ; grâce à lui surtout, la connaissance de celle-ci, à partir de la deuxième moitié du XIX[e] siècle, fait un contraste frappant avec ce qui existait auparavant. Il décrivit notamment les accidents secondaires qu'il attribua principalement à la présence de condylomes dans le larynx. Les recherches des anatomo-pathologistes de l'école de Prague (Waller, Opolzer, Suchanek, Dittrich, Willigk) contribuèrent à élucider beaucoup des problèmes laissés en suspens ; pour se rendre compte des progrès accomplis, il suffit de parcourir le traité de syphiligraphie de Virchow, paru en 1858. Néanmoins les lésions laryngées dues à la vérole ne seront bien connues que lors de l'introduction du laryngoscope dans la pratique, le miroir permettant enfin de confirmer *de visu* les inductions tirées de la marche et des antécédents.

Tumeurs du larynx. — L'historique des tumeurs du larynx, surtout à l'étranger, ne remonte pas bien haut. En effet, si les anciens parlent de polypes du larynx, il n'est pas difficile de se convaincre que les corps allongés et blanchâtres rejetés par la toux, qu'ils signalent, n'étaient que des concrétions fibrineuses, peut-être parfois des molluscums. D'après Herbinaud (*lettre à M. Roux*, La Haye 1771), le médecin belge Koderik aurait observé un néoplasme de l'organe vocal qu'il aurait enlevé avec l'écraseur. Malheureusement les détails manquent. En réalité, c'est Lieutaud qui a le premier fait connaître les tumeurs laryngées, non pas bien entendu par l'observation sur le vivant, mais à la suite d'une investigation nécroscopique faite en 1767 et consignée dans son traité d'anatomie médicale. Il s'agissait d'un individu d'une trentaine d'années, présentant des troubles vocaux et une dyspnée permanente avec quintes de toux et expectoration pour chasser le corps qui le gênait dans les voies aériennes supérieures. Il mourut subitement et à son autopsie on trouva un volumineux polype du larynx avec des racines multiples. Desault, d'autre part, mentionna un peu plus tard, à l'ouverture de deux cadavres l'existence de tumeurs laryngées volumineuses qui remplissaient l'organe. Les malades avaient succombé à l'asphyxie. Andral et Dupuytren en France, Otto, Albers, Senn, à l'étranger, en firent connaître plus tard de nouveaux exemples. On commença dès lors à leur attribuer un certain nombre de cas du syndrome appelé alors phtisie laryngée et on s'efforça de les distinguer du croup, de l'asthme, du spasme de la glotte ; mais, faute d'exploration *de visu*, le diagnostic demeurait bien difficile et les tumeurs

laryngées restaient en réalité à l'état de curiosité clinique. Des faits nouveaux, publiés, il est vrai, surtout par des médecins étrangers (Dawosky, Albers, Ryland, Rendtorff, Hasse, Chlumzellier, Burggraeve, Frerichs), continuèrent cependant de temps à autre à attirer l'attention du public médical. Andral, Cruveilhier, mais surtout Rokitanski tracèrent, d'après les données anatomo-pathologiques du temps, une esquisse sommaire de ces sortes de lésions. En 1834, Brauer avait osé tenter la laryngotomie, déjà préconisée par Pelletan dans les cas d'obstacles mécaniques, chez un homme qui se plaignait d'une dyspnée continue avec sensation de corps étranger. Il trouva des fongosités suspectes qu'il cautérisa énergiquement ; mais néanmoins le malade succomba peu après à une récidive. En 1844, Ehrmann renouvela l'intervention sanglante chez une femme qui était atteinte depuis quelque temps de dyspnée croissante avec sensation de corps étranger, avec bruit respiratoire singulier et expectoration de masses papillomateuses. La laryngotomie prouva en effet que l'organe vocal renfermait des papillomes volumineux. Leur ablation détermina une guérison complète. Un pareil succès démontrait toute l'importance clinique d'un bon diagnostic et d'une opération bien conduite en pareille occurence. En 1849, Buck, en 1852 Horace Green de New-York, en 1854 Middeldorp imitèrent la conduite tenue par Brauer et par Ehrmann. La littérature médicale contenait déjà du reste une soixantaine de ces cas au début de la deuxième partie du XIX[e] siècle. Grâce à Czermak et à Türck, qui vulgarisèrent l'emploi du laryngoscope, les praticiens allaient bientôt avoir le moyen de reconnaître ces tumeurs, dont ils n'arrivaient guère à reconnaître la présence que par un heureux concours de circonstances.

Paralysies laryngées. — Les expériences si remarquables de Galien sur les animaux avaient déjà montré toute l'importance du laryngé inférieur dans l'innervation de l'organe vocal. Néanmoins ses successeurs ne tirèrent pas de son enseignement le profit désirable ; mais, avec les travaux de Magendie, Legallois, Longet, des faits de la plus grande importance furent révélés dans la première moitié de la période que nous étudions. D'autre part, les cliniciens connaissaient (voir l'article paralysie des différents *Dictionnaires*), d'une façon sommaire, il est vrai, les paralysies isolées du larynx comme celles de beaucoup d'autres organes. Pour se rendre compte de l'étendue des notions de l'époque, il suffit de parcourir l'excellent traité des maladies du larynx d'Albers, de Bonn, publié à Leipzig, en 1829. Cet auteur signale non seulement l'aphonie, mais encore, dans certains cas, une

dyspnée plus ou moins intense. Ces faits seraient, dit-il, beaucoup plus graves que l'aphonie paralytique simple. Il est, du reste, évident, qu'en l'absence du laryngoscope, seules pouvaient être entrevues les paralysies plus ou moins totales.

Spasme de la glotte. — A côté de la laryngite striduleuse, mais différant essentiellement de celle-ci par l'absence de toute lésion matérielle à l'autopsie, les auteurs de l'époque admirent peu à peu l'existence d'un spasme de la glotte, sorte de névrose laryngée, dont Kopp, le premier, se fit l'historien. Contrairement à beaucoup d'affections de l'organe vocal, c'est à l'étranger qu'il faut rechercher les premiers travaux sur le sujet. Le créateur de cette nouvelle entité morbide admettait que l'étiologie était univoque et qu'il fallait invoquer l'hypertrophie du thymus comprimant les nerfs récurrents. On en fit d'abord une maladie propre au premier âge et réalisant le tableau morbide suivant. « L'enfant, dit Blache (*loc. cit.*), se réveille en sursaut comme dans la laryngite striduleuse. Il est pris par un accès de suffocation; il se dresse effrayé sur son séant, rejette sa tête en arrière ; on dirait que l'air va lui manquer. L'inspiration est courte et incomplète, ou au contraire cinq ou six inspirations profondes se succèdent sans aucune expiration intermédiaire. » Le petit malade poussait, disait-on, au début de l'accès ou quand la respiration se rétablit un peu, un cri aigu, perçant, que Kopp regardait comme pathognomonique. La crise ne durerait qu'une ou deux minutes ; mais les accès, en se répétant, ne tarderaient pas à rendre la situation dangereuse, bien que dans les intervalles la santé fût regardée comme bonne. Il y aurait guérison ou mort par suffocatiou au moment d'un accès. Heinrich, Kyll, Montgomery, Ryland confirmèrent par leurs recherches les assertions de Kopp. Cependant Hufeland pensait que l'engorgement des ganglions lymphatiques, chez les strumeux, pouvait jouer le même rôle que le thymus. Il appelait l'affection « catalepsie pulmonaire ». En France, l'étiologie précédente fut fortement contestée à cause du résultat négatif d'un certain nombre de nécropsies. On ne tarda du reste pas à reconnaître qu'à côté du spasme idiopathique des enfants, il y en avait d'autres de nature inflammatoire (ex. laryngite striduleuse), des spasmes liés à des affections diverses des centres nerveux, et enfin des variétés d'origine névropathique.

III. — MALADIES DU NEZ.

1. La rhinologie avant le XIXe siècle.

Faute de moyens d'exploration suffisants, les anciens ne pouvaient différencier un grand nombre d'affections qu'ils englobaient dans le terme fort vague de coryza [1]. Celui-ci était attribué à un débordement de matières phlegmasiques engendrées par le cerveau, qui se purgeait à travers les fosses nasales. On admettait, en effet, une communication entre ces cavités et celles du crâne, erreur qui ne sera dissipée que fort tard, vers la fin du XVIIe siècle. Connaissant fort mal l'anatomie de la région, les auteurs de la période gréco-romaine ne se firent aucune idée des sinusites. Ils connaissaient, par contre, les polypes, dont ils admettaient deux variétés, l'une molle, bénigne, l'autre dure, cancéreuse, maligne. Ils ne s'attaquaient guère à celle-ci, sauf quand la tumeur était petite et encore bien limitée. Le plus souvent, ils opéraient par les voies naturelles, se servant soit du fer rouge, des caustiques, soit de fortes pinces. Quelques-uns cependant, pour avoir une voie d'accès plus facile, fendaient le nez sur la ligne médiane ou bien détachaient une aile par une incision curviligne latérale, qui commençait en arrière et, suivant le sillon bien connu, s'arrêtait sur la ligne médiane. Nous avons exposé tout au long les différents procédés opératoires employés dans un article paru en 1902 dans les *Archives internationales de Laryngologie*; nous y renvoyons ceux qui désireraient des renseignements complémentaires [2].

L'ozène, dont la ténacité désespérante n'avait pas échappé aux cliniciens de l'époque (voir ce que Celse dit sur ce sujet), était attribué à des ulcérations croûteuses atteignant l'os et y déterminant des caries plus ou moins étendues ; de là, des traitements aussi barbares qu'inefficaces. Contre l'épistaxis, dont on entrevoyait quelques variétés symptomatiques (celle des pyrexies, celle due aux menstrues vicariantes), on employait les stypiques de l'époque et, au besoin, les tentes de charpie. Comme il fallait s'y attendre, à une période où les sports violents (lutte, pugiat, ceste) étaient si en honneur, les traumatismes du nez avaient été l'objet de recherches fort intéressantes et relativement fort

1. Celui-ci signifie simplement mal de tête, comme le terme latin *gravedo*. Notons qu'Hippocrate avait signalé la persistance de l'enchifrènement chez les sujets âgés.

2. Voir aussi Celse et Paul d'Egine.

complètes. Si les Grecs ignoraient, contrairement aux chirurgiens de l'Inde, la rhinoplastie, on trouvait, par contre, dans leurs écrits, même dans les œuvres hippocratiques, des renseignements précieux sur les déviations de l'organe à la suite d'un coup, d'une chute, sur les blessures qui peuvent l'intéresser, sur les fractures de son squelette (voir Celse à ce sujet). On y rencontre aussi quelques indications sur les corps étrangers.

Ni les Arabes[1], ni les médiévistes n'ajoutèrent rien d'essentiel à ce que nous venons de rapporter. Il en fut de même des auteurs de la Renaissance ; mais les progrès de l'anatomie et la multiplication des nécropsies eurent, au xvii[e] et surtout au xviii[e] siècles, une influence heureuse sur la rhinologie. Non seulement le catarrhe chronique des fosses nasales fut mieux entrevu, bien que l'on continuât à le rattacher à des ulcérations imaginaires ou même à des lésions osseuses, mais les sinusites furent maintes fois retrouvées sur les cadavres de certains sujets par des anatomo-pathologistes, tels que Morgagni ; l'on peut dire que les variétés maxillaires et frontales étaient, dès lors, sinon très exactement décrites, du moins entrevues. Si beaucoup d'affections, telles que l'hypertrophie des cornets, les déviations de la cloison restaient dans le vague, les polypes avaient été l'objet de travaux importants qui en avaient mieux fixé l'aspect clinique et surtout la technique opératoire. Aux moyens brutaux et inefficaces fut substituée peu à peu la ligature, grâce surtout aux efforts de Levret. D'ailleurs, l'insuffisance des voies naturelles avait poussé quelques chirurgiens audacieux à se créer une voie artificielle, soit par le nez qu'on fendait sur la ligne médiane (Heister) ou dont l'on détachait une aile, à l'exemple des anciens, comme nous l'avons dit, soit par le voile du palais qu'on incisait sur son milieu, à l'exemple de Manne, d'Avignon. Enfin, les lésions osseuses tertiaires de la vérole, mentionnées déjà par les syphiligraphes du xvi[e] siècle, furent, à ce moment aussi, mieux décrites qu'autrefois. Obéissant à un entraînement que l'on constate pour bien d'autres régions de l'économie, on tendit même à rattacher à cette étiologie toutes les altérations morbides nasales à allure lente et destructive.

2. La rhinologie pendant les deux premiers tiers du xix[e] siècle.

Pendant les deux premiers tiers du xix[e] siècle, toutes les notions simplement esquissées jusqu'alors se complètent et se pré-

1. Avicennes est assez complet ; mais c'est de la bonne compilation.

cisent ; la rhinologie sort définitivement de l'enfance. Pour mieux constater les progrès accomplis, nous allons étudier séparément chacune des affections nasales.

Traumatismes. — On sait la fréquence extrême des *mutilations* de cet organe aux siècles passés. Au bon vieux temps, on n'était pas tendre pour cet organe dont les infortunes sont relatées ainsi par Vidal de Cassis. « C'est la partie du corps qui a le plus souffert de la haine, de la jalousie, de l'honneur, de la chasteté, de la justice. L'histoire nous apprend que des femmes jalouses ont coupé le nez à leurs rivales. Dans certains cantons d'Allemagne, on vise au nez dans les duels (tradition conservée pour les duels d'étudiants) et l'on en abat un bon nombre. Les Égyptiens, les Grecs, les Romains coupaient le nez aux adultères. Le mari pouvait se faire justice lui-même. Sixte-Quint fit couper le nez à une multitude de larrons, bélitres, cognardiers qui infestaient Rome et ses environs. Les femmes ont su de tout temps que le nez était un bel ornement du visage ; aussi celles d'Angleterre se coupèrent-elles le leur, afin que les Danois (invasions du IXe et Xe siècles) ne fussent pas tentés de ravir leur honneur. Eusébie, abbesse de Saint-Cyr, à Marseille, craignant pour sa virginité, en voyant arriver les Sarrazins, se coupa le nez ; ses quarante religieuses en firent autant. En sauvant leur honneur, ces malheureuses perdirent la vie ; car les féroces vainqueurs les mirent toutes à mort. Il y a eu des nez coupés dans toutes les classes de la société, depuis le brigand Calabrais, depuis le courtisan qui ne doit avoir ni nez ni oreilles, jusqu'à l'empereur, puisqu'il y a un Justinien (Justinien II rétabli sur le trône par les Tsars bulgares) qui avait été surnommé Rhinomete parce qu'il avait perdu le sien. »

Une si fâcheuse aventure et si fréquente poussa à se demander si l'organe récemment détaché ne pourrait pas se recoller en le mettant sitôt en place et le maintenant immobile par quelques points de suture. Garengeot a raconté l'histoire d'un l'individu auquel on arracha le nez avec les dents pendant une rixe (*Traité des opérations*, t. III, p. 55). L'organe tomba dans le ruisseau, mais il fut ramassé et fixé sur le moignon sanglant, où il reprit parfaitement bien, comme si de rien n'était. Un pareil succès fit beaucoup de bruit, mais rencontra peu de créance. Beaucoup se moquèrent de la crédulité de l'auteur. Et cependant d'autres faits semblables se trouvaient déjà dans la littérature médicale. Ainsi, Fioraventi (l'auteur du baume de ce nom) rapporte avoir remis le nez d'un Espagnol nommé Andréas (*Secrets de chirurgie*, livre II). Molinelli dit que son père, habile chirurgien de Venise, plaça

dans un bain chaud et réappliqua avec succès un nez entièrement détaché. Même succès pour Michel Lieysen et pour Monsault (*Zodiacus medico-gallus de Blegny*, 1680). Percy entreprit de réhabiliter cette tentative et de justifier Garengeot ; il cita quelques nouveaux faits, notamment le succès remporté à la clinique de Heidelberg. D'ailleurs les réussites de greffe animale obtenues par Duhamel et Hunter démontraient que la chose était au moins possible. Néanmoins, la majorité des chirurgiens regarda ce fait comme apocryphe ; c'est l'opinion nettement exprimée par Boyer et plus tard par Richerand. Cependant, à Naples, en 1833, Francesco Carlizzi, médecin napolitain distingué, publia un exemple de greffe du nez qui paraît authentique (*Gazette médicale*, 1831, n° 40) ; car il appuie son observation du témoignage de deux chirurgiens connus et d'un grand nombre de témoins oculaires.

Lorsque le nez est partiellement adhérent, le recollement semblait au contraire non seulement possible mais fréquent. Dionis recommandait déjà, au XVIIe siècle, de toujours adapter le lambeau, quelque étroit que soit le pédicule, et il faisait connaître un exemple curieux de guérison à l'appui de ce précepte.

Les *plaies contuses* n'étaient pas regardées comme très graves, quelle que fût l'importance des désordres ; mais on signalait par contre l'importance et l'étendue des déformations qui peuvent en résulter. On faisait remarquer qu'elles sont rarement accompagnées de lambeaux ; car la peau, très adhérente aux os et au cartilage, ne se décolle que très difficilement. Cependant on savait qu'entre les parois osseuses et la muqueuse, se développent parfois, en pareille occurrence, des collections purulentes qui se forment derrière l'épine nasale (J.-L. Petit).

Les *fractures* de cet organe étaient divisées en simples et en compliquées (communiquant avec l'extérieur), comme pour le reste de l'économie. On avait noté dans quelques cas, heureusement exceptionnels, l'existence d'esquilles très nombreuses et enfoncées çà et là dans les parties molles ; mais on n'ignorait point que d'habitude le déplacement est peu considérable. A plusieurs reprises, on avait vu survenir un emphysème pouvant s'étendre aux paupières et à la peau du front. La gêne de la circulation était regardée comme rare ; on craignait davantage l'oblitération du canal lacrymal entraînant plus tard la possibilité d'une fistule. Dans certains faits malheureux (sinusites ethmoïdales ou sphénoïdales (?) quand l'accident était tardif), on avait vu survenir plus ou moins vite des complications cérébrales. La réduction s'obtenait à l'aide de la pince ou de la

spatule (J.-L. Petit). On faisait remarquer qu'en l'absence de déplacement d'origine musculaire, rarement la déformation avait tendance à se reproduire. Si cet accident se produisait néanmoins, on conseillait généralement d'immobiliser les fragments avec une tente de charpie introduite dans les fosses nasales, ou bien on appliquait sur l'extérieur du nez un emplâtre adhésif (Dzondi).

Coryza ou rhinite. — Les inflammations de la muqueuse nasale rentraient plus ou moins dans le catarrhe; d'où le nom de catarrhe nasal, celui de coryza, beaucoup plus ancien, signifiant simplement mal de tête. Lors de la réforme de la nomenclature pathologique par Pinel, le terme de rhinite tendit à s'introniser peu à peu, grâce surtout à Roche (voir son *Traité de pathologie* et son article rhinite du *Dictionnaire en 13 volumes*). La théorie de la fluxion [1], qui avait si longtemps été invoquée pour expliquer sa pathogénie, n'avait certes plus beaucoup d'adhérents à l'époque que nous étudions; depuis la fin du XVII[e] siècle, on ne s'imaginait plus, ainsi que les anciens le supposaient, que les humeurs superflues du cerveau s'évacuaient par les fosses nasales. Mais *l'étiologie* n'en était guère devenue pour cela plus claire. On invoquait surtout les refroidissements de toute nature; quelques-uns admettaient même l'influence nocive des vapeurs irritantes (ammoniacales) et des poussières, mais la doctrine des fluxions, des répercussions et des métastases continuait à jouer un rôle assez important. On savait l'influence exercée par quelques maladies infectieuses, telles que la rougeole et la grippe. On n'ignorait point que la phlegmasie, même dans les circonstances habituelles, après avoir débuté par le nez, envahit souvent d'une façon consécutive le larynx et les bronches. Ceci semblait un argument assez fort en faveur de l'idée d'un catarrhe, comme le soutenait l'école de Vienne (Stoltz et Hoffmann). Beaucoup des nosologistes de l'époque admettaient un coryza intermittent, de cause plus ou moins problématique, revenant tous les mois, tous les quinze jours, ou même toutes les semaines. Les auteurs français pensaient que, le plus souvent dans ces cas, il s'agissait d'une fausse intermittence, ou plutôt de recrudescences entretenues par des lésions profondes ignorées.

La clinique avait depuis longtemps appris que certains sujets y sont spécialement prédisposés; l'on supposait que les enfants,

1. La découverte des trous de la lame criblée (Vesale) avait semblé confirmer cette idée; mais, au XVII[e] siècle, Schneider découvrit la muqueuse nasale qui bouchait évidemment ces trous. Néanmoins l'expression rhume (écoulement) du cerveau est restée.

les femmes, les individus à tempérament mou et lymphatique y étaient surtout sujets. On croyait, moins cependant qu'autrefois, à l'action exercée par la suppression d'écoulements et de transpirations habituels, bien que Mondières eût essayé de montrer, dans quelques cas, l'influence de celle-ci (*L'expérience*, avril 1838). Certains écrivains parlaient de coryza syphilitique; mais la plupart admettaient plutôt l'existence d'ulcères de cette nature. Terminons en disant que Boucher, puis Billard, croyaient à un coryza des nouveau-nés à évolution mortelle très rapide et dont les causes restaient dans le vague (syphilis héréditaire certainement pour une part, grippe, diphtérie, septicémie ?)

On n'a que très rarement, même de nos jours, l'occasion d'ouvrir les fosses nasales d'un sujet mort en plein coryza simple. Cependant un médecin distingué, Gendrin (*Histoire anatomique des inflammations*, t. I, p. 529), ayant eu cette heureuse fortune, constata, dans un cas de ce genre, que la muqueuse offrait par places une coloration d'un rouge brun et même noir qui se fondait insensiblement en une nuance ponceau livide et semblant étendue comme avec un pinceau. La membrane de Schneider était, dans ces points, infiltrée d'une notable quantité de sang, principalement au niveau des cornets inférieur et moyen (tissu érectile ?). Cet auteur, ainsi qu'Arnal, aurait vu des abcès se développer parfois à l'intérieur de la muqueuse nasale.

L'étendue des *altérations anatomiques* avait suscité, de la part de Boucher (*Thèse sur le coryza*, Paris, 1826), des recherches intéressantes. Il avait soutenu, non sans quelque exagération, la fréquence de l'envahissement des sinus par la phlegmasie des fosses nasales. On admettait bien, comme nous le dirons plus loin, l'existence de sinusites graves, frontales ou maxillaires nécessitant la trépanation, mais non d'inflammations passagères.

L'auteur que nous citons admit hardiment l'existence de celles-ci et s'efforça même de leur assigner une symptomatologie spéciale, caractérisée dans le premier cas (sinusite frontale) par de la céphalalgie sus-orbitaire et frontale, des yeux rouges et larmoyants, dans le second cas (sinusite maxillaire) par une douleur profonde dans l'épaisseur des joues, entre l'orbite et les dents supérieures, s'étendant souvent à celles-ci et à la voûte palatine. Parfois, surtout quand le malade incline la tête, l'antre d'Highmore se viderait dans les cavités nasales et le malade ressentirait un besoin pressant de se moucher.

L'intensité de la *symptomatologie*, qui s'explique aujour-

d'hui par l'abondance des réflexes et aussi par la nature infectieuse de l'affection, avait frappé les observateurs. Ils avaient noté le sentiment de malaise, de lassitude, les petits frissonnements irréguliers, la céphalalgie, l'obnubilation de l'intelligence. Les latins avaient caractérisé cet ensemble de phénomènes par le terme assez heureusement choisi de « gravedo ». Les tintements, les claquements d'oreille, la surdité partielle même, avaient été décrits depuis longtemps, ainsi que les yeux rouges et larmoyants, l'anorexie plus ou moins marquée, la soif ardente, dans nombre de cas la suppression plus ou moins nette de la respiration nasale, le malade étant obligé de respirer la bouche ouverte. On avait parlé de l'ardeur fort incommode que certains patients éprouvent dans l'arrière-gorge. On savait que les éternûments fréquents et violents ne faisaient qu'empirer la situation, en augmentant vraisemblablement la stase sanguine. Toutes les phases diverses par où passe la sécrétion avaient été dépeintes avec soin et on se basait sur les différents aspects de celle-ci pour reconnaître la période à laquelle se trouvait l'affection.

L'*évolution* était regardée comme très bénigne et la marche ordinairement courte, sauf chez certains sujets débiles ou bien prédisposés.

Quelques auteurs avaient admis la *terminaison* par suppuration et par gangrène. En effet, on avait vu survenir le sphacèle de la muqueuse à la suite de scarlatines très graves, de rougeoles très malignes ; mais on pensait généralement qu'il s'agissait non d'un excès du processus inflammatoire, mais d'un état général très mauvais comme dans l'angine de même nature.

L'*hydrorrhée nasale* si persistante et par cela même si désespérante avait été mentionnée. Chomel et Blache s'expriment ainsi sur son compte dans le *Dictionnaire en 40 volumes* (voir coryza, p. 136, vol. 9). « Toutefois, chez quelques sujets, cette affection se prolonge pendant plusieurs semaines, pendant des mois entiers et même pendant des années, la matière qui s'écoule restant claire et aqueuse. C'est un vice de sécrétion plutôt qu'une phlegmasie, ou c'est une succession de phlegmasies entées les unes sur les autres, plutôt qu'une inflammation chronique. » Morgagni avait cité un cas de ce genre, chez une femme, et avait comparé le liquide écoulé à de l'eau s'échappant d'une source claire et limpide[1]. Bidloo avait parlé avant lui d'un écoulement beaucoup plus important, qui se termina plus tard par suppuration.

1. « Instar aquæ purissimi fontis » et si abondant « ut unum sive dimidium singularis aquaret horis ». Voir édition Chaussier, t. 2, p. 119.

Le coryza pseudomembraneux avait été signalé par quelques auteurs, notamment par Billard, vers 1830. « L'inflammation, dit-il, de la membrane pituitaire, donne lieu quelquefois à la formation de concrétions pseudomembraneuses, qui, au milieu des mucosités, tapissent toute la surface des fosses nasales. » Ces dépôts s'arrêtaient aux limites du pharynx, tapissaient les cornets et les sinus, adhérant d'une façon plus ou moins intime à la membrane de Schneider. Ils avaient été précédés par tous les symptômes propres au coryza. Dupuich en signala un exemple chez un nouveau-né de douze jours, et Guibert, chez un enfant de trois ans, à la suite d'une rougeole. Il est très possible, étant donné l'histoire de ces malades, qu'il s'agissait d'une rhinite fibrineuse simple ; mais, dans d'autres faits cités par Trousseau, puis par Bretonneau, la diphtérie maligne était certainement en jeu. Rappelons que, dans le cas de ce dernier, en outre des lésions des fosses nasales, il existait un envahissement du sinus maxillaire.

Le *coryza chronique*, qui avait été à peine mentionné par les anciens, commençait seulement à être un peu mieux étudié, grâce surtout à la précision de plus en plus exacte des recherches nécroscopiques donnant enfin à la clinique un point de départ exact. En outre de la persistance anormale du coryza aigu, nos prédécesseurs avaient fini par admettre, en outre de l'hydrorrhée mentionnée plus haut, une autre forme clinique caractérisée par un écoulement épais, jaunâtre ou verdâtre, plus ou moins fétide, parfois par du pus véritable. Ils différenciaient cette affection de l'ozène, que nous étudierons plus loin d'après les documents de l'époque, parce qu'ils supposaient, dans ce dernier, l'existence d'ulcérations.

L'étiologie passait pour être la même, à peu près, que pour la variété aiguë, c'est-à-dire qu'on faisait jouer le plus grand rôle aux refroidissements ; mais on admettait que la répétition du même facteur morbide tendait à entretenir la chronicité des lésions. On pensait aussi que les tempéraments lymphatiques y prédisposaient beaucoup. Plus tard, quand la strume tendra de plus en plus à être admise, on parlera même de constitution scrofuleuse. L'âge passait également pour exercer une grande influence ; Hippocrate avait, en effet, noté que chez les personnes très âgées, le coryza traînasse et présente une durée indéterminée : « Raucedines et gravedines in valde senibus non concoquuntur, (aphorisme 40, section II). » Quelques-uns admettaient qu'à la longue, le mal pouvait dégénérer en ulcères et même en cancers véritables ; mais cette opinion n'était pas généralement acceptée

et on pensait qu'il s'agissait d'un catarrhe symptomatique, masquant le début de lésions beaucoup plus graves. Par contre, il était presque universellement admis que l'inflammation chronique des fosses nasales pouvait déterminer, en se prolongeant, la formation de polypes muqueux. On distinguait encore théoriquement, sinon d'une façon pratique, la phlegmasie chronique de la membrane de Schneider, des inflammations cantonnées dans les cavités annexes, surtout dans les sinus frontaux; mais nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

De la lecture des anatomo-pathologistes de l'époque, on peut tirer les renseignements suivants qui, bien des fois, paraissent être des conceptions a priori ou des identifications avec des processus similaires dans les organes voisins. La muqueuse serait, suivant eux, boursouflée, épaisse, indurée et sillonnée de vaisseaux variqueux. Sa couleur apparaîtrait rouge, livide, violacée ou brunâtre dans les cas assez récents, mais pâle et décolorée dans les cas très anciens. L'hypertrophie et le gonflement de cette membrane s'étendraient souvent au canal nasal et en amèneraient l'oblitération plus ou moins complète, d'où épiphora et quelquefois fistule lacrymale. Cette même tuméfaction, en envahissant la trompe d'Eustache, déterminerait une surdité d'un degré variable. Notons que les troubles auriculaires, succédant aux phlegmasies chroniques ou aiguës du nez, ont été signalés de très bonne heure.

Suivant Cazenave, de Bordeaux, « les signes de la rhinite chronique varient suivant qu'on l'observe chez des individus de constitutions diverses. Chez les uns, en effet, il n'y a pas d'écoulement de mucus par les narines qui sont sèches; tandis que chez d'autres, le mucus nasal est très abondant, tantôt limpide, incolore, sans odeur, et tantôt épais, jaunâtre ou verdâtre, purulent, sanieux et infect. Mais, chez tous ou presque tous, on note une douleur permanente à la racine du nez, avec embarras dans cette partie, de l'enchifrènement, une difficulté de respirer lorsque la bouche est fermée, une altération de la voix qu'on dit nasonnée, de fréquents éternûments, la perte ou du moins l'affaiblissement de l'odorat. »

Le *traitement du coryza* n'était pas le même, bien entendu, dans les variétés aiguës et chroniques. « Dans le premier cas, le médecin se contentait d'une médication des plus anodines. » « Le coryza, disent Chomel et Blache dans le *Dictionnaire en 40 volumes*, est, dans le plus grand nombre de cas, une affection si légère, sa terminaison est si constamment heureuse et prompte que, bien qu'il soit très fréquent, il est assez rare que

le médecin soit consulté pour une indisposition à laquelle on ne donne pas ordinairement le nom de maladie. Les personnes qui en sont atteintes se bornent à se garantir de l'impression du froid; plusieurs ne prennent même pas cette précaution; le plus grand nombre en est délivré dans l'espace de peu de jours. Mais, si le coryza est plus intense, ou si, sans offrir une grande intensité, il se prolonge beaucoup au-delà du terme ordinaire, les malades sont obligés de réclamer les secours de l'art. » En outre du séjour au chaud, des poudres à la gomme arabique qu'on prisait comme du tabac quand l'écoulement était très irritant et très fluide, on recourait beaucoup aux pédiluves pour détourner le sang vers les extrémités inférieures. Les inhalations, très usitées par quelques-uns, ne paraissent pas avoir l'entière approbation des auteurs précités. « Les vapeurs émollientes, dirigées dans les fosses nasales, ont des effets variés; elles soulagent quelques malades; elles donnent lieu chez d'autres à une exaspération plus ou moins grande du mal de tête, qui est souvent le symptôme le plus pénible du coryza. En conséquence, on doit s'en abstenir lorsque la céphalalgie est très forte et y recourir spécialement dans les cas où la sécheresse de la membrane pituitaire est le phénomène le plus incommode pour le patient ». Dans les cas de fièvre, on prescrivait la diète; parfois on recourait à la saignée.

Cazenave, de Bordeaux, s'exprime ainsi à propos de la cure de la variété chronique : « Voici le traitement indiqué par tous les auteurs que j'ai consultés... Ils ont conseillé les bains de vapeur généraux, l'exercice violent pour provoquer la sueur, les bains de pied sinapisés et très chauds, les frictions sèches, l'usage de vêtements chauds et de la flanelle sur la peau, tout en recommandant aux malades d'éviter le froid, et surtout le froid humide. On a aussi conseillé dans le même but l'usage continuel des boissons sudorifiques, et spécialement celui de l'infusion et du sirop de salsepareille, les fumigations aromatiques résineuses, des injections résolutives et légèrement astringentes, l'eau chlorurée et l'occlusion de l'ouverture antérieure des narines avec du coton pour s'opposer au passage de l'air (repos de l'organe) qui ajoute à l'infection du mucus. Les purgatifs drastiques répétés avec précaution, les lavements purgatifs, les masticatoires irritants, les vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles, les cautères, plusieurs autres révulsifs cutanés terminent la série des moyens employés jusqu'ici, si l'on en excepte, toutefois, l'usage local du chlorure de chaux, qu'on a beaucoup vanté dans ces derniers temps. » Cazenave pense que la cautérisation

des fosses nasales au nitrate d'argent dont il se croit l'inventeur est beaucoup plus efficace. Quand l'épaississement était très marqué, il délaissait le crayon pour les badigeonnages avec une solution forte. D'autres auteurs préconisaient le calomel ou même la poudre d'oxyde rouge de mercure (Trousseau).

Ozène. — Cette affection était encore fort mal connue et très mal individualisée. On la regardait comme un syndrome pouvant être engendré par des ulcères de nature fort différente mais ayant tous le pouvoir de déterminer l'odeur spéciale d'où le mal tire son nom. Cependant, bien que Boyer caractérisât les lésions qui lui donnent naissance, de l'appellation d'ulcères putrides malins, il ne regardait pas tous les ulcères fétides comme de l'ozène, et ne considérait, comme facteur pathogénique de ce dernier, que ceux qui ne fournissent « aucune matière » et qui peuvent durer toute la vie sans faire de progrès sensibles. En un mot, il éliminait la syphilis, le cancer, le scorbut, le lupus.

Bien qu'on l'ait attribué, vers l'époque de Bazin, généralement à la scrofule, beaucoup faisaient remarquer que les ozéneux présentent souvent une bonne constitution semblant exclure l'idée de cette diathèse. On savait que l'affection frappe fréquemment les membres d'une même famille. On avait remarqué que les patients ont souvent le nez d'une conformation spéciale (écrasé), et qu'ils commencent à être atteints dès l'enfance.

Quant à l'influence de la syphilis, deux opinions antagonistes s'étaient fait jour. Les uns n'admettaient que des ulcères vénériens avec fétidité, les autres, tels que Cullerier, Lagneau décrivaient un ozène syphilitique qu'ils rattachaient à des lésions gommeuses et aussi papuleuses. On incriminait en outre d'autres altérations morbides des fosses nasales, celles des sinus [1]. Celles-ci paraissaient même être l'objet d'une véritable attention, notamment les lésions de l'antre d'Highmore [2], en particulier quand la vérole était soupçonnée être la cause de l'affection. « L'ozène du sinus maxillaire, dit Lagneau (art. du *Dictionnaire en 40 volumes*), qui n'est pas toujours, ainsi qu'il a été dit ci-devant, le résultat d'un ulcère, mais bien quelquefois celui d'une affection catarrhale chronique de l'antre d'Highmore, se manifeste ordinairement par une tumeur, d'abord indolente, puis de plus en plus sensible, de la partie de la zone qui répond au-dessous de l'os de la pommette où la peau conserve sa couleur naturelle. La douleur s'accroît bientôt et devient très vive, jusqu'à ce qu'une suppura-

1. Notamment la carie des os.
2. En somme, c'est déjà la théorie sinusienne de l'ozène.

tion fétide s'échappe par la bouche, à travers une perforation spontanée de la paroi osseuse, vis-à-vis de la fosse canine ou par l'alvéole d'une dent molaire, correspondant au point le plus déclive du sinus. Dans ce cas encore, la matière purulente sort avec abondance par la narine du côté affecté, lorsque le malade a la tête fortement inclinée du côté opposé. »

Voici quelle serait, suivant Lagneau, l'allure du coryza vénérien. « La maladie présente d'abord tous les caractères d'un simple coryza, qui ne tarde pas peu à peu à s'accompagner de vives douleurs de tête sévissant surtout pendant les premières heures de la nuit. Le gonflement de la membrane enflammée resserrant le passage de l'air, la respiration se fait avec difficulté par le nez qui se trouve encore obstrué par une mucosité épaisse et visqueuse, et le malade y supplée en tenant la bouche ouverte. Mais bientôt l'ulcération se développe et, presque au même instant, attaque les os sous-jacents qui se nécrosent et s'exfolient plus ou moins rapidement. C'est alors que l'odeur caractéristique de l'ozène se manifeste. »

Ulcères du nez. — Ignorant la pathogénie exacte de certaines lésions (inflammations nodulaires, inflammations des os sous-jacents, etc.) nos prédécesseurs englobaient, sous ce terme, un grand nombre d'altérations d'origines fort différentes, mais présentant cependant quelques traits cliniques communs, notamment l'absence de tendance à la cicatrisation.

La plupart des auteurs, si on en excepte les lésions dues à la variole ou à la morve, de connaissance récente, les divisaient en scrofuleux (carie, lupus ?), dartreux, scorbutiques, cancéreux et vénériens. Boyer et quelques autres, s'appuyant sur des considérations cliniques, répartissaient en deux grandes classes ces pertes de substance : bénignes et malignes. D'après cette nomenclature, les premières, quoique pouvant se montrer sur toute l'étendue des fosses nasales, se rencontreraient le plus ordinairement dans la partie antérieure de la cloison, à l'union de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse. Elles pourraient n'intéresser que la muqueuse ou au contraire envahir les plans sous-jacents et devenir perforantes. Le coryza, le traumatisme, l'arrachement d'un polype par exemple, en seraient les causes les plus habituelles. Elles fourniraient une humeur peu abondante qui s'épaissit, se dessèche et forme une croûte dont la chute laisse à nu une surface saignante, rouge, granulée. Contrairement aux autres ulcères (malins), elles ne dégageraient aucune odeur.

Boursouflement de la muqueuse. — Cet ancien type morbide, assez mal déterminé et qui semble avoir plus d'une analo-

gie avec celui qui porte actuellement le nom d'hypertrophie des cornets, serait caractérisé presque exclusivement par de la gêne de la respiration nasale. On incriminait surtout la vérole, les dartres, la scrofule, les logements froids et humides. Comme siège, on lui assignait l'un quelconque des cornets. Les praticiens non avertis prenaient souvent, disait-on, ce boursouflement pour un polype et s'efforçaient de l'arracher avec des pinces. Les auteurs craignaient fort cette méprise ; car ils redoutaient une mortification des os ainsi mis à nu par cette manœuvre intempestive.

Abcès de la cloison. — Leur histoire avait été esquissée par Monteggia ; mais J. Cloquet en avait fait, en 1830, une étude plus complète (*J. hebd. de Méd.*). Un peu plus tard, Fleming fit paraître une monographie intéressante sur ce sujet (*Dublin Journal*, 1833). Comme cause, on invoquait tantôt des rhinites intenses et répétées, tantôt des contusions, parfois la scrofule, la scarlatine. Leur volume serait variable ainsi que la réaction phlegmasique qu'ils déterminent et la gêne respiratoire mécanique qu'ils produisent. Leur consistance molle et élastique, la fluctuation qu'on y amène aisément, les anamnestiques permettraient, affirmait-on, de les distinguer d'autres affections telles que les polypes.

Hématomes. — Les hématomes de la cloison, bien que décrits déjà antérieurement, ont surtout été mentionnés par Fleming qui a signalé leur siège, leur origine traumatique, leur genre de saillie, leur aspect, leur évolution. Les auteurs français ont peu ajouté à ce qu'a dit l'écrivain irlandais.

Nécrose et carie des os. — Voici ce que dit Bérard sur ce sujet (*Dictionnaive en 40 volumes*, article nez, XXI, p. 87) : « Il n'est presque aucun point des fosses nasales qui ne puisse être attaqué de nécrose ; mais on l'observe principalement sur les cornets, sur la cloison et sur le plancher des fosses nasales. Elle naît sous l'influence d'une cause locale ou générale. Dans le premier cas, c'est une lésion physique qui la produit presque toujours. Ainsi une chute sur le nez, un corps étranger qui séjourne longtemps dans la narine, la contusion directe produite par un instrument, la dénudation produite par une portion de membrane muqueuse emportée par une pince à polypes, l'action des caustiques ou d'un fer rougi au feu, le brisement des cornets dans l'extraction des polypes sont des causes capables de produire la mortification des parois osseuses de la narine.

« Lorsque la maladie reconnaît pour cause le vice syphilitique, elle débute presque constamment dans la voûte palatine. On sait,

en effet, que cette région est en quelque sorte un lieu de prédilection pour l'affection vénérienne. Le mal est toujours un accident secondaire et se montre quelquefois très longtemps après l'infection. Dans quelques cas, il commence par un ulcère de la membrane muqueuse palatine ou nasale, et de là, s'étend jusqu'aux os du palais ; mais cette marche est de beaucoup la moins commune. Le plus souvent, la nécrose envahit d'emblée la voûte palatine avec intégrité des deux muqueuses qui la tapissent. Le malade éprouve d'abord des douleurs assez vives dans cette région, plus intenses pendant la nuit que pendant le jour ; et après un temps plus ou moins long, si l'on examine attentivement la voûte du palais, on aperçoit une rougeur assez vive, un léger gonflement de la membrane muqueuse. La pression y détermine une vive douleur et le malade souffre dans la mastication, par le contact du bol alimentaire. Bientôt le gonflement et la douleur augmentent, il se forme une véritable tumeur, et au bout d'un certain temps, on peut y apercevoir une fluctuation toujours lente à paraître, à cause de l'épaisseur de la membrane et de son adhérence à l'os. Ce qui se passe du côté de la bouche a lieu aussi au plancher de la narine, et même l'abcès y prédomine plus facilement, parce que la membrane y est plus mince et moins adhérente.

« Lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, l'abcès s'ouvre dans la bouche ou dans la narine, et il s'établit une fistule. Si alors on explore, avec un stylet, l'état de la voûte palatine, on reconnaît les caractères de la nécrose. On s'aperçoit aussi que le mal est beaucoup plus étendu qu'on ne l'aurait cru au premier abord, et qu'une portion nécrosée de l'os est recouverte d'une partie de muqueuse, décollée à la vérité, mais saine. Il ne faut donc pas juger de l'étendue de la nécrose par l'altération de la membrane, qui très souvent n'offre qu'une simple fistule. Si le malade ne réclame pas les secours de l'art, la nécrose s'étend de proche en proche en surface et en étendue ; elle peut atteindre toute la voûte palatine, une partie des arcades dentaires, remonter vers le nez, détruire les cornets, la cloison, même le bulbe du nez. A ce degré extrême du mal, les accidents généraux sont forts graves : fièvre intense, délire ; la mort en est quelquefois la suite.

« Le diagnostic est, en général, facile, si l'on est appelé par le malade, et s'il fait l'aveu d'une maladie syphilitique antérieure. Dans le traitement, il y a deux choses à considérer : l'affection générale et celle qui est locale. Le premier soin du chirurgien est de soumettre le malade à un traitement antisyphilitique com-

plet. En même temps il s'occupera de la nécrose, que l'on traite ici comme ailleurs, en donnant issue libre au pus, et en extrayant le séquestre, lorsqu'il est mobile.

« La carie se montre dans les fosses nasales beaucoup moins souvent que la nécrose. Lorsque le vice syphilitique se fixe sur la voûte palatine, c'est presque toujours à la mortification qu'il donne lieu, et non à la carie ; et il en est de même pour les cornets, la cloison. Les apophyses montantes des maxillaires et les os du nez sont presque les seules parties qui soient réellement affectées de carie. Du reste, cette affection ici n'a rien de spécial et je me borne à l'indiquer. »

Polypes du nez. — Ils étaient divisés en muqueux (mous ou vésiculaires), charnus, fibreux, fongueux (carcinomateux). Nous ne parlerons pas des derniers qui étaient ou presque inconnus (cancers) ou rattachés par beaucoup au pharynx, d'où l'appellation mixte de polypes naso-pharyngiens. L'étiologie était regardée comme très obscure ; mais on accusait volontiers les inflammations chroniques et les traumatismes. On savait que, parfois, ils prennent naissance dans les cavités annexes et ne font saillie que secondairement dans les fosses nasales. Depuis longtemps, on avait remarqué également leur multiplicité. Au point de vue de leur insertion plus ou moins large, on les divisait en pédiculés (les plus nombreux) et en sessiles. On avait reconnu aussi qu'ils occupent généralement par leur base d'implantation les parties supérieures et externes des fosses nasales. Leur forme était regardée comme très variable et généralement très irrégulière. Bérard trace le tableau morbide suivant leur évolution clinique (*Dictionnaire en 40 volumes*, article nez). Il est très difficile, dit-il, de reconnaître un polype à son début à cause de l'insignifiance des symptômes. Plus tard, les phénomènes réactionnels et autres semblent mieux caractérisés : « Il y a de légères douleurs au sommet des narines, vers la racine du nez, des démangeaisons, une sorte d'incommodité. Un peu plus tard, le polype ayant augmenté de volume, les symptômes sont plus prononcés. Le malade a la sensation d'un corps étranger dans les narines, éprouve un prurit désagréable, une sorte d'enchifrènement qui le porte sans cesse à se moucher, ou à introduire les doigts dans la narine ; et plus il se mouche, plus l'irritation augmente, et, avec elle, le gonflement du polype et de la muqueuse ; plus aussi le besoin de se moucher se fait sentir. A la suite de ces irritations répétées survient un écoulement muqueux ou purulent par la narine ; et si le polype est charnu, très vasculaire, du sang coule de temps en temps ; quelquefois il

y a une véritable hémorragie. Le coryza n'est pas rare non plus à cette époque et souvent le malade lui attribue tout ce qu'il éprouve. En même temps, la respiration est gênée et se fait mal par la narine affectée ; elle est sifflante. Dans quelques cas où le pédicule est long et la tumeur bien mobile, le polype flotte dans la narine et se porte en avant ou en arrière dans les inclinaisons de la tête ou dans les deux temps de la respiration ; le malade a lui-même sensation de ce ballottement, on peut s'en assurer par la vue ou par le toucher, en introduisant le doigt dans l'ouverture postérieure des narines. Alibert a publié un fait de ce genre et on en trouve quelques autres dans les auteurs.

« Si enfin le polype est muqueux, on observe un phénomène singulier. Dans les temps humides, la tumeur se goufle, augmente notablement de volume, et devient beaucoup plus incommode ; puis elle diminue et revient à son état primitif, lorsque l'air perd son humidité. On conçoit donc que cette espèce de polype devra être plus gênante dans les temps froids et humides qu'à la saison chaude de l'année, et que la gêne pourra même augmenter ou diminuer brusquement, suivant les variations de l'atmosphère. C'est là ce qu'on a appelé la disposition hygrométrique des polypes muqueux.

« Si le polype remplit la narine sans la distendre, on comprend qu'aux accidents que nous venons d'énumérer doivent s'en joindre d'autres. Ainsi, la gêne de la respiration nasale est beaucoup plus grande; quelquefois même l'air ne peut plus passer par la narine affectée ; et si les deux narines sont également envahies, le patient ne peut plus respirer que par la bouche. La voix est altérée, nasillarde ; il y a perte de l'odorat, l'écoulement muqueux augmente, devient purulent et quelquefois âcre et fétide.

« Lorque le polype ne peut plus être contenu dans la narine, il tend alors à se porter vers les parties voisines. Ici, sa marche est différente suivant qu'il est mou ou dur. Dans le premier cas les parois osseuses sont respectées ; le polype glisse pour ainsi dire sur elles et va se faire jour à travers les ouvertures qu'il rencontre dans sa marche ; c'est ainsi qu'on le voit le plus souvent se montrer aux ouvertures antérieures ou postérieures des fosses nasales. Telle est la marche des polypes muqueux ou charnus. »

Le traitement chirurgical comprenait une foule de procédés dont beaucoup, remontant à une haute antiquité, devaient bientôt peu à peu tomber en désuétude. Il en était ainsi par exemple de l'exsiccation (poudre desséchante, ex. : poudre d'alun, de quinquina, de

tanin) et de la compression (tamponnement), des caustiques tels que le sulfate de cuivre, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure, la potasse, la chaux, dont il est difficile de limiter exactement la zone d'application. A ce point de vue, le fer rouge (cautère actuel) présentait quelques avantages ; mais la lenteur de la guérison de la plaie et les accidents consécutifs possibles n'avaient pas échappé à quelques chirurgiens clairvoyants. Aussi se servait-on surtout de ce moyen pour compléter les résultats de l'arrachement ou pour détruire les racines d'un polype jugé de mauvaise nature. La ligature, très perfectionnée au siècle dernier par Levret, s'appliquait surtout aux polypes fibreux ; cependant on y recourait pour les polypes muqueux volumineux, quand ils étaient bien pédiculés. Rigaud, Blandin, Hatin, Leroy avaient perfectionné l'instrument porte-ligature bien connu de Dubois. Pour échapper à ses inconvénients, Roderick, Sauter et Mayor avaient inventé leurs serre-nœuds à chapelet. L'arrachement, très ancien, était parfois exécuté avec les doigts, l'un pénétrant dans les fosses nasales par les narines, l'autre par la bouche en contournant le voile. Morand, puis Dupuytren, disent avoir retiré de bons effets de cette méthode qui suppose de la part de l'opérateur des doigts exceptionnellement longs et minces. On se servait plus souvent de pinces droites à mors creux, à bords dentés s'engrenant réciproquement. Pour bien exécuter la manœuvre d'arrachement, il fallait, disait-on, tordre et tirer à la fois, et si cela était impossible, on s'efforçait d'abord de mâcher les racines du néoplasme.

Corps étrangers des fosses nasales. — On tâchait de reconnaître leur présence, en l'absence de moyens d'inspection par la vue, l'éclairage de ces cavités n'étant pas encore usité, en se servant du doigt, d'une canule, d'un stylet maniés avec prudence et dont on promenait la pointe dans différentes directions. « Si le corps est très petit, dit Bérard (*Dict. en 40 vol.*, article nez), caché dans une anfractuosité, dans un méat, le diagnostic peut être difficile. Boyer rapporte qu'on prit, chez un enfant, un pois pour un polype, et que la méprise ne fut reconnue qu'après l'extraction du corps étranger qui avait germé et poussé dix à douze racines, dont les plus longues avaient trois pouces et quatre lignes (*J. de méd.*, XV, p. 25). Chez un autre malade, observé par le docteur Jacquemin, une fève de marais séjourna pendant trois mois dans la narine et y occasionna une suppuration fétide. La nature du mal avait été méconnue dans un hôpital de Paris. » Si l'expulsion par l'action de se moucher ou d'éternuer échouait, on allait à la recherche du corps du délit

avec une pince et on tâchait de le refouler en avant à travers les narines ou en arrière du côté du gosier. Si le corps étranger paraissait trop volumineux et difficile à morceler, on se décidait parfois, pour faciliter le passage, à inciser les narines, ou même à sectionner le nez sur la partie médiane, afin de se créer une voie d'accès plus large et plus commode (Heister).

Sinusites. — Les affections des cavités annexes, si importantes pour le clinicien et d'un traitement parfois si difficile, n'étaient point inconnues de nos prédécesseurs, bien que ceux-ci ignorassent, bien entendu, les sinusites à symptomatologie effacée, telles qu'ethmoïdites et sinusites sphénoïdales, les moyens d'investigation physique leur faisant encore défaut. Ils avaient été guidés d'abord par leurs recherches nécroscopiques, puis par des signes d'une valeur évidente, quoique tardive, telle que tuméfaction limitée, enfin par l'évolution même du mal, déterminant à la longue la formation de fistules qui mettaient en communication l'extérieur avec l'intérieur des cavités annexes. Mais, comme le tableau morbide ne s'accentue que très lentement, il est facile de se figurer quel était l'embarras d'un praticien de l'époque, en présence de phénomènes souvent mal esquissés. Le célèbre professeur Dubois rapporte dans son bulletin (an XIII de la République) l'histoire d'une sinusite maxillaire à développement très lent et insidieux, ayant débuté à l'âge de sept ans, et qui, à celui de dix-sept, dut être opérée à cause de l'intensité de l'exophtalmie et de la gêne de la respiration nasale. Boyer et Pelletan, appelés en consultation, avaient conclu, comme Dubois, à l'existence d'une tumeur fongueuse maligne. On fut agréablement surpris, au cours de l'opération, de constater qu'il ne s'agissait que d'une collection purulente de l'antre d'Highmore. L'étiologie laissait, bien entendu, beaucoup à désirer ; mais on n'ignorait point que le coryza aigu ou chronique s'étend souvent aux cavités sinusiennes, ainsi que nous l'avons rappelé à propos de cette affection. On savait aussi que les lésions osseuses du voisinage doivent souvent être incriminées, notamment celles des alvéoles dentaires. Parfois, on invoquait, en outre de traumatismes divers (coup, chute), l'influence de certaines maladies générales telles que la variole et la scarlatine. Il est intéressant de noter que celle de la syphilis, sur laquelle on est revenu ces derniers temps à plusieurs reprises, était parfaitement connue des spécialistes de l'époque, qui exagéraient volontiers en ce sens comme en bien d'autres quand il s'agissait de la vérole. Cullerier signale les sinusites qui compliquent fréquemment l'ozène spécifique; Vidal de Cassis s'exprime ainsi à propos de la variété maxillaire :

« Ce simple exposé des diverses sources du pus doit faire présumer que ce n'est pas toujours la même cause qui préside à sa production, que le diagnostic doit varier, que tous les abcès du maxillaire ne doivent pas avoir une égale gravité, et que les indications curatives ne peuvent pas toujours être les mêmes. En effet, il est de ces collections qui sont dues à un refroidissement, à une extension de l'inflammation de la pituitaire. Il en est qui ont été la suite d'un coup, d'une chute. Or, ces abcès peuvent-ils être comparés à ceux qui sont sous l'influence d'une cause vénérienne ou scrofuleuse? Il est en effet des *abcès du sinus qui sont vénériens*; la collection est formée par la sanie qui s'écoule de la carie de l'os. » Plus loin, il note l'action de ce que nous appellerions aujourd'hui la tuberculose et qu'on caractérisait alors du nom d'une autre diathèse très apparentée. « Il en est qui sont scrofuleux; c'est alors une fonte tuberculeuse qui forme la collection[1]. » Boyer avait déjà, du reste, parfaitement compris les indications thérapeutiques qui découlent de la notion étiologique et, après avoir mentionné très nettement les sinusites d'origine syphilitique, il ajoute : « Bordenave a vu à Bicêtre un homme dont la plupart des os de la face étaient gonflés et cariés par une maladie vénérienne. Le sinus maxillaire était ouvert à sa partie supérieure et externe, et son intérieur en pleine suppuration. Malgré la situation très défavorable de l'ouverture et sans aucun traitement local, les frictions mercurielles suffirent pour amener une guérison complète. » Ainsi, suivant lui, dans ces cas, pas d'intervention sanglante, mais une médication tirée de la pathogénie.

Faisons remarquer que seules les sinusites maxillaires et frontales, les plus accessibles et les plus caractéristiques, étaient connues et que, par conséquent, les notions sur le sujet, possédées par les médecins des deux premiers tiers du XIXe siècle, étaient beaucoup plus limitées que les nôtres.

La *sinusite de l'antré d'Highmore*, la plus fréquente, était aussi la mieux connue. Nous avons mentionné plus haut les causes qu'on lui attribuait (refroidissements, propagation du coryza aigu ou chronique des fosses nasales, coup, chute, lésions du rebord alvéolaire succédant par exemple à une carie dentaire, à une maladie générale, principalement la syphilis). On distinguait, au point de vue de l'épanchement, deux variétés : l'une hydropique, l'autre purulente. La première, rattachée à un processus

1. Tubercule signifiait seulement alors fonte d'amas caséeux quelconques et n'avait pas la signification histologique précise actuelle.

lent et de nature inconnue, était expliquée surtout par l'obturation de l'abouchement naturel du sinus dans les fosses nasales, c'est-à-dire à un facteur mécanique et non phlegmasique. Vidal de Cassis s'élève contre cette manière de voir et croit que l'inflammation doit être invoquée dans les deux cas. « Il arrive ici ce qui a lieu dans les cas de tumeurs lacrymales. Il n'y a pas bien longtemps qu'on attribuait presque toutes ces tumeurs et, par conséquent, les fistules qui en étaient la conséquence, au rétrécissement, à l'oblitération du canal nasal. Eh bien! depuis qu'une observation plus sévère a été dirigée sur les causes de ces infirmités, on a reconnu que l'inflammation du sac lacrymal devait être le plus souvent accusée de les produire, et que leur existence pouvait coïncider avec une certaine liberté du canal nasal. » Suivant cet auteur, la viscosité habituelle du liquide, qu'il s'agisse ou non de pus, rend d'ailleurs l'évacuation de la collection assez difficile.

Quoi qu'il en soit de la nature de l'exsudat, on concluait, plus ou moins implicitement, non seulement à des dissemblances pathogéniques, mais encore à des différences d'évolution assez notables. En dehors de la tuméfaction plus ou moins circonscrite, plus ou moins en pointe et dont les conditions paraissaient surtout réglées par la quantité de liquide (en outre de la saillie du côté de la joue, on avait noté le refoulement en avant du rebord alvéolaire et l'abaissement de la cavité palatine, chez quelques sujets), on croyait que les douleurs étaient plus vives, la marche beaucoup plus rapide quand il y avait du pus, et que ce dernier avait une tendance naturelle à carier les parois osseuses qui le contenaient, à déterminer la production de fistules parfois multiples et pouvant s'ouvrir dans des directions différentes.

Les *douleurs localisées* étaient bien connues; on savait même qu'elles se propagent fréquemment à distance et que parfois elles revêtent un caractère névralgique; mais on n'ignorait point que, dans bien des cas aussi, elles présentent une intensité très atténuée et que, chez beaucoup de sujets, elles semblent manquer tout à fait, au moins à certains moments de l'évolution.

Pour évacuer le liquide amassé dans l'antre d'Highmore, on avait toute une série de procédés basés sur la disposition topographique de l'os. Rappelant la forme spéciale (pyramide triangulaire) de celui-ci, Vidal de Cassis s'exprime ainsi : « La base répond à la paroi externe des fosses nasales ; là est l'ouverture naturelle de l'antre. Des trois côtés, l'un forme le plancher de l'orbite, l'autre correspond à la joue, à la fosse canine; le troisième est en rapport avec les dents molaires et une partie de la

voûte palatine. Le sinus peut être attaqué par tous ces points et l'a été réellement avec succès. Ce sont autant de procédés dont le choix sera le plus souvent déterminé par des circonstances qui, la plupart, tiennent à la maladie nécessitant l'opération. » A priori, on recherchait, instinctivement en quelque sorte, à attaquer le sinus par l'endroit le plus commode et aussi le plus déclive (amenant par cela même une meilleure évacuation du liquide), *le rebord alvéolaire.* C'était, pour ainsi dire, la méthode de choix. Ruysch, Cooper, Saint-Yves semblent l'avoir appliquée, mais sans technique réglée. Meibomius en systématisa l'emploi; aussi ce procédé porta-t-il longtemps son nom. On opérait par une alvéole vide, ou, s'il n'y en avait pas, on arrachait une dent saine (la deuxième ou troisième molaire supérieure). Pour perforer le fond de l'alvéole et pénétrer dans le sinus, Wuhermann se servait d'un stylet, Desault d'un trépan perforatif, Richter d'un trocart. On bouchait avec une cheville qu'on retirait de temps à autre ou avec une canule dont on ouvrait aussi de temps à autre le robinet, le tout pour maintenir perméable à l'écoulement le trajet fistuleux ainsi créé. On se servait aussi dans ce but de mèches; quelques-uns, pour tarir plus vite la sécrétion morbide, remplissaient la cavité de l'antre avec des tentes de charpie. Le procédé *par la joue* semble avoir été institué par Lemoine, habile chirurgien de Montpellier, qui défonçait le sinus à l'aide du trépan entre l'apophyse zygomatique et la troisième dent molaire. Desault perforait l'antre au niveau de la *fosse canine*, parce que là, l'os est plus mince et aussi plus accessible, ce qui rend plus facile l'exécution de la manœuvre. Au lieu de sectionner les parties molles de dehors en dedans, la plupart de ceux qui imitèrent Desault incisaient le rebord gengivo-labial, relevaient le lambeau musculo-cutané, de façon à mettre la fosse comme à nu, puis ouvraient la paroi osseuse à ce niveau, en se servant d'un trocart, d'une tréphine ou d'un stylet. On remettait ensuite les parties molles en place et on évitait ainsi une cicatrice très apparente et par cela même très désagréable. Par la méthode de Desault, on ne pratiquait point, comme avec celles usitées actuellement, de contre-ouverture; cependant l'idée de celle-ci s'était fait jour et Ruffet s'en fit le propagateur. Seulement, au lieu d'ouvrir par le nez, comme Ogston, puis Luc, il pratiquait la contre-ouverture par la cavité buccale, bien qu'il eût attaqué primitivement le sinus par une alvéole dentaire ou par la fosse canine.

Enfin, Jourdain, opérant par les voies naturelles, faisait, par *l'ouverture du sinus*, des injections à l'aide d'une sonde pour modifier la nature de l'exsudat et amener sa résorption rapide. Le succès qu'il rapporte semblait justifier cette façon de faire.

Voici ce que dit Vidal de Cassis, l'un des auteurs les plus autorisés de l'époque, sur la *sinusite frontale*. « Dans le coryza intense, la membrane interne des sinus frontaux est plus ou moins enflammée. Cette membrane peut aussi être enflammée isolément. Le malade présente alors le symptôme le plus prononcé du coryza : c'est une sensation douloureuse, brûlante, gravative au-dessus de la racine du nez. Quand il n'y a que la muqueuse d'enflammée et qu'elle l'est à l'état aigu, rien de particulier dans cette affection, rien à ajouter au traitement que j'ai indiqué pour le coryza dont il a déjà été question. Mais cette inflammation a une influence sur la sécrétion de la membrane des sinus ; elle augmente sa quantité, altère plus ou moins sa nature, car de muqueuse l'humeur devient purulente. Si la communication des sinus avec le nez est libre, l'humeur est éliminée, et tout est fini, si la membrane seule a été affectée. Mais il arrive quelquefois que la communication entre les sinus et le nez n'existe pas ou qu'elle n'est pas suffisante, soit par défaut de développement, soit accidentellement ; alors les produits de l'inflammation restent accumulés dans les sinus : de là, une nouvelle maladie, de là une série de phénomènes, d'accidents même qui peuvent mettre la vie en danger. En effet les parois osseuses devront céder; elles s'écarteront d'abord ; de là un agrandissement du sinus qui aura lieu surtout aux dépens de la lame antérieure, mais auquel la lame postérieure ne restera pas toujours étrangère. Il y aura donc plus ou moins de compression du cerveau ; il y aura aussi dilatation du côté de l'orbite, d'où œdème de la paupière, etc.

« Les produits de l'inflammation, retenus dans le sinus, ne se bornent pas toujours à distendre les parois de cette cavité et à produire une tumeur et des symptômes de compression. Ils usent, ils perforent les os par une espèce de ramollissement et une ulcération qui ressemblent beaucoup à la carie. Quoi qu'il en soit, les parois osseuses des sinus éprouvent une solution de continuité ; si c'est en avant, il se fait une vraie élimination de la matière ; reste une fistule qui peut durer longtemps, constituer une difformité, une infirmité, mais qui n'a rien de réellement grave ; tandis que si la table interne est perforée et que l'humeur morbide passe dans le crâne, il y aura des altérations des membranes du cerveau et de cet organe lui-même, toujours fort graves, et qui, le plus souvent, mettront la vie en danger. Richter et autres citent des faits relatifs à cette terminaison de l'abcès des sinus frontaux. Ce qu'il y a de remarquable c'est que, parmi les observations citées, il en est une qui prouve que le pus qui

avait pénétré dans le crâne s'était aussi fait jour par le nez, et que, dans une autre, le pus avait définitivement été éliminé en perforant la paroi antérieure et la peau.

« Plus souvent qu'on ne pense, ces collections purulentes, ces amas d'humeurs dans les sinus frontaux sont dus à des altérations primitives de l'os. C'est alors une vraie carie ou une nécrose, ou l'une et l'autre en même temps, surtout si le virus syphilitique a compliqué ou provoqué lui-même la maladie du sinus.

« Le diagnostic des abcès ou des amas d'humeurs dans les sinus est éclairé par les phénomènes suivants : coryza répété, lequel a été marqué par de violentes céphalalgies portant sur le front, sur la racine du nez, sur la tête des sourcils ; une sécheresse dans le nez au lieu d'un écoulement muqueux, puis une protubérance, une élévation, enfin une tumeur dure au milieu des régions sourcilières. Mais ce n'est pas là tout le diagnostic, car de pareils phénomènes peuvent être produits par des dégénérescences de cette région, comme des hydatides, des fongus, etc. Aussi le pronostic de ces maladies devra-t-il être toujours très réservé.

« Il est des auteurs, même très sages, très prudents, qui ne font aucune difficulté d'ouvrir, de trépaner les sinus frontaux, quand ils ont constaté les symptômes que j'ai indiqués. A la vérité, cette trépanation ne portant d'abord que sur la table externe, alors surtout fort éloignée du cerveau, on craint moins pour les accidents consécutifs à l'opération. Mais l'incertitude dans le diagnostic doit toujours retenir la main du chirurgien. Et, d'ailleurs on a vu beaucoup de ces collections humorales finir par s'ouvrir dans le nez. On ne devra donc se décider à trépaner que si des céphalalgies très violentes se déclaraient et s'il se manifestait des symptômes de compression cérébrale. Alors on est tout à fait autorisé à pénétrer dans le sinus pour enlever la cause des accidents. Il faudra, au préalable, préparer les instruments nécessaires à l'extraction des corps étrangers, à l'évacuation des humeurs, à la résection et à la rugination des os ; car on peut tomber sur un épanchement d'humeur, comme il peut exister un polype, une tumeur fongueuse, une hydatide, une nécrose, ou une carie, altérations qui nécessitent une résection osseuse. Dans tous les cas, on devra chercher à agrandir, à rendre facile la communication du sinus avec le nez ; car si l'on a affaire à une collection d'humeurs, les restes s'écouleront plus facilement par le nez. Pour assurer et pour entretenir la communication du sinus avec le nez, on devra quelquefois placer des canules. Quant aux procédés proposés pour ouvrir

le sinus frontal, je me contenterai de décrire celui qui est le plus généralement adopté ; car à mon sens, celui de Ribéri n'est applicable que dans des cas très exceptionnels. Le procédé ordinaire consiste à pratiquer une incision cruciale à la partie antérieure et inférieure du sinus entre les deux sourcils. On met à nu le frontal ; alors avec un perforatif ou une couronne de trépan, on ouvre la paroi antérieure du sinus. Par ce procédé on donne au pus un écoulement facile et on peut se livrer à une inspection complète du sinus ; on peut pratiquer l'ablation des portions cariées ou nécrosées qui sont souvent la cause de l'abcès. Les jours qui suivent l'opération, on pratique quelques injections ; dès qu'elle parvient dans le nez on a la certitude que la voie naturelle est libre, ce qui est très favorable à une cure complète. »

Malformations. — Les chirurgiens de l'époque s'efforçaient de remédier à trois sortes de malformations : 1° l'absence du nez ; 2° le rétrécissement ou l'oblitération des narines ; 3° la déviation de la cloison.

Les médecins indous semblent avoir été les premiers à tenter la rhinoplastie. Bien longtemps après eux, vers la Renaissance, les Italiens eurent la même audace. Baveri paraît avoir tenté cette opération avec succès en 1442 ; il aurait même été précédé dans cette tentative par Boiani. Mais l'honneur du procédé a été attribué à Tagliacozzi parce qu'il écrivit sur le sujet un traité. En conquérant l'Inde, les Anglais eurent l'occasion d'être témoins de l'adresse des médecins indous dont ils répétèrent les essais ; mais ce ne fut qu'en 1813 que la rhinoplastie entra chez eux dans le domaine de la pratique, grâce au succès remporté par Carquie. Le bruit que provoqua celui-ci ne tarda pas à exciter l'émulation de Græfe en Allemagne et de Delpech (Montpellier) en France. Dès lors, la rhinoplastie devient en quelque sorte une opération courante et les procédés se multiplient.

La méthode *indienne*, la plus usitée à cette époque, est caractérisée, comme on le sait, par l'emprunt d'un lambeau au front du sujet chez qui l'opération va être pratiquée. On pratiquait avec du papier ou avec de la cire un modèle du lambeau nécessaire. Pour plus de sûreté, Lisfranc traçait à l'encre de Chine le gabarit des parties à détacher et à réappliquer. On tâchait même de dépasser un peu les limites nécessaires et d'obvier ainsi par cet excès de grandeur aux effets consécutifs de la rétraction. Pour ramener la surface cruentée sur les surfaces saignantes du nez, on tordait le lambeau frontal sur son pédicule et on l'appliquait exactement sur les bords avivés de l'ouverture nasale ;

puis on suturait et la forme désirée était maintenue en introduisant dans le nez des bourdonnets de charpie. La cicatrisation opérée, les fils étaient enlevés. Græfe se servait de canules qu'il introduisait à l'intérieur par les narines; il prétendait obtenir un résultat esthétique meilleur qu'avec la charpie. Delpech, de Montpellier, au lieu de tailler sur le front un modèle définitif du nez à créer, ce qui avait l'inconvénient de former en haut une plaie difficile à cicatriser à cause de sa largeur, faisait un lambeau à trois pointes, dont deux restaient sur le front, séparant trois plaies en V renversé et faciles à réunir. D'autre part, pour éviter la torsion du pédicule, dont nous avons parlé plus haut, quand on renverse celui-ci pour faire coïncider les surfaces cruentées, il faisait descendre plus bas l'une des deux lignes de section. Enfin, quand la cicatrisation était effectuée, Blandin, au lieu de se contenter de sectionner le pédicule frontal, enlevait la peau de la racine du nez pour appliquer le pédicule sur les os propres de cet organe.

Le procédé *italien*, où l'on emprunte le lambeau au membre supérieur du malade, ne le détachant complètement que quand son adhérence avec la face est solide, était peu mis en pratique malgré son élégance et sa simplicité, à cause des inconvénients qui lui sont propres.

Il n'en était pas tout à fait de même du procédé de Larrey, dit méthode *française*. Elle était basée sur un principe analogue à celui de la blépharoplastie, c'est-à-dire qu'on s'efforçait de réparer le nez à l'aide des parties voisines. On l'appliquait avec succès quand il n'y avait qu'une légère perte de substance.

La destruction des synéchies existant aux narines et rétrécissant celles-ci était effectuée soit avec l'instrument tranchant (Vidal), soit avec le cautère actuel; on séparait les parties cruentées avec des bourdonnets de charpie.

Les déviations de la cloison, lorsqu'elles amènent des gênes graves de la respiration nasale, étaient combattues, au petit bonheur des circonstances, par des redressements forcés amenant des fractures; on maintenait par des bourdonnets de charpie les parties en place jusqu'à consolidation. Les tentatives de ce genre étaient rares du reste et il n'y avait pas de procédé réglé.

I. — MALADIES DU PHARYNX

A. — Médecins

1. — PINEL



Dans sa nosographie philosophique, ouvrage d'une si grande portée théorique, et qui a révolutionné, on peut le dire, la médecine en France (où il n'était, du reste, nullement dans le but de l'auteur de donner une description détaillée et approfondie des différentes affections successivement passées en revue, mais de signaler brièvement les particularités importantes, les caractéristiques principales de la réaction morbide considérée), Pinel n'a consacré en somme que quelques lignes à la pathologie pharyngée; néanmoins, dans cette courte description, il a trouvé moyen d'émettre des vues intéressantes que nous allons tâcher de faire ressortir. Il distingue un *catarrhe* et une *angine* proprement dite.

A propos du premier, il s'exprime ainsi. « C'est un état inflammatoire d'une ou plusieurs membranes muqueuses, comme celles de l'arrière-bouche, des narines, des bronches, des intestins. Par là, il peut prendre le caractère du coryza, de l'angine, de la péripneumonie fausse, du dévoiement séreux. » Cette large façon de comprendre le mal prouve surtout que l'écrivain a en vue la grippe et le tableau symptomatique qu'il dresse de l'affection le démontre du reste d'une façon péremptoire. « Invasion le soir avec horripilations et refroidissement des mains, douleur gravative de la tête, lassitude générale, ensuite pouls fébrile avec développement de chaleur, difficulté de respirer, sentiment d'ardeur dans les narines et l'arrière-bouche, qui augmente vers

la nuit ; pouls alors plus accéléré, toux plus violente, éternûments ; fréquents écoulements de sérosité âcre par les narines ; légère sueur le matin, expectoration d'une matière muqueuse, qui, dans le déclin de la maladie et à mesure que les symptômes se calment, devient moins écumeuse et plus consistante. Sa durée ordinaire, dans les constitutions saines, est de neuf à quatorze jours. » Ainsi Pinel, dans ce raccourci saisissant de l'influenza, voit parfaitement qu'il s'agit d'un processus ayant tendance à se généraliser, à infecter toute l'économie, à suivre une marche assez régulière, présentant une période de début, d'état, de terminaison. Son catarrhe ne se rapporte donc guère aux phlegmasies bénignes, superficielles, exactement cantonnées à la gorge, dont parlent une foule d'auteurs et qu'on rattachait, dans la théorie humorale, à une accumulation de phlegme, d'humeur froide et visqueuse par excellence, au niveau de la gorge.

Son *angine*, par contre, est la phlegmasie franche que l'on a si souvent l'occasion d'observer au niveau du gosier. Contrairement à Boerhaave, à Sauvage et à leurs successeurs immédiats, il ne s'embarrasse pas des formes nombreuses admises par ces nosologistes. Il revient au type primordial esquinancie avec des variantes n'altérant pas l'unité de cette entité morbide. Il va même plus loin que beaucoup des auteurs de l'antiquité ; car il nie résolument que la phlegmasie gutturale puisse se cantonner au point de n'occuper qu'une portion tout à fait limitée de l'organe. Pour lui, l'affection est essentiellement diffuse et il peut s'agir tout au plus d'un maximum de lésions en certains points.

Il rejette toute conception humorale ou iatromécanicienne, pour s'en tenir aux causes secondes qui lui paraissent multiples. Il ne signale donc que le froid, le surmenage vocal, les gaz et poussières irritantes. Cependant, il reconnaît que les jeunes gens et les individus d'un tempérament sanguin y sont plus prédisposés que les autres personnes.

Il y aurait souvent coïncidence de l'angine laryngée et de l'angine pharyngée, d'où une symptomatologie complexe révélant le trouble de ces deux organes. « Si l'affection porte directement sur le pharynx, déglutition très douloureuse et même impossible, la matière alimentaire ou les boissons revenant par le nez. Enfin, si le siège principal est dans les amygdales, respiration très gênée, passage de l'air à travers les narines obstrué, excrétion des mucosités de l'amygdale très augmentée. La douleur est aiguë et se propage jusqu'à l'oreille interne. » Les troubles staphylins auxquels l'auteur fait allusion ne se rencontrent guère, que si le

cavum est envahi ou quand l'inflammation tonsillaire a gagné les régions voisines (péritonsillite); mais, les circonstances dans lesquelles le phénomène se produit n'ayant pas été bien précisées, les nosologistes continuaient à l'envi à signaler ce symptôme dont la mention remonte aux temps hippocratiques. Valleix montrera qu'il n'est pas aussi fréquent que cela. Pinel insiste avec raison sur l'importance de la dysphagie, mais cette dernière avait déjà été regardée par Galien comme l'attribut pathognomonique des pharyngites, tandis que la laryngite se caractériserait, dit-il, surtout par des perturbations vocales. Boerhaave, Van Swieten, Cullen étaient revenus sur cette distinction essentielle; ici Pinel n'est donc qu'un simple écho. Son obstruction nasale à la suite de l'angine s'explique aujourd'hui, non par le gonflement exagéré des tonsilles palatines, comme le croyaient les médecins de la fin du XVIII[e] siècle, mais par la tuméfaction concomitante de l'amygdale pharyngée. En tout cas, le fait est vrai dans un assez grand nombre de cas, du moins chez les enfants, pourvu que le cavum soit envahi. Avec ces restrictions, l'assertion de Pinel est exacte. Quant à l'excrétion exagérée de mucosités par les tonsilles, il faut se rappeler que, bien longtemps, on a considéré celles-ci comme une accumulation de glandes destinées à lubréfier l'isthme et à favoriser ainsi le passage du bol alimentaire. L'inflammation ne ferait donc que pervertir le fonctionnement naturel de ces organes. Quant à l'existence de l'otalgie, elle est de constatation bien ancienne, puisque des médecins grecs y font déjà allusion.

Les modes de terminaisons assignés par l'écrivain montrent les erreurs auxquelles peut entraîner une façon trop simpliste de comprendre les affections gutturales. Les issues les plus diverses sont donc ici rattachées au même type morbide, méprise funeste dont Broussais fera l'abus que l'on sait. « L'angine inflammatoire peut se terminer par une résolution bénigne de la maladie, par suppuration, par gangrène, par l'exsudation de l'albumine et la formation de ce qu'on appelle une fausse membrane propre à boucher les passages de la respiration et à suffoquer ».

Le traitement indiqué par l'auteur est purement traditionnel. Il cite les gargarismes lénitifs, les infusions, les purgatifs, les lavements, les pédiluves. Il ne parle pas des émisions sanguines si fort à la mode à cette époque et dont le physiologisme aggravera un peu plus tard singulièrement l'usage.

---

2. — GUERSANT



Pour la postérité, le mérite principal de Guersant est d'avoir grandement contribué à la diffusion des idées de Bretonneau sur la diphtérie. Si ce dernier a été le créateur des nouvelles doctrines, le premier en a été incontestablement le vulgarisateur. Cette tâche n'était pas aussi aisée qu'on pourrait le supposer aujourd'hui. L'hypothèse dualiste, intronisée par Home vers la fin du XVIIIe siècle, n'avait pas seulement conquis le public médical de la Grande-Bretagne, elle était partagée par les maîtres les plus distingués du continent et notamment de l'école parisienne, d'autant plus qu'elle cadrait, on ne peut mieux, avec le système de Broussais bientôt tout puissant. Son explication simpliste des faits observés n'avait nul besoin de ces entités décriées, englobées sous le terme vague de spécificité et de génie épidémique, conceptions regardées comme vieillies, honnies comme des hypothèses métaphysiques hors de saison et que cependant l'école de Tours semblait devoir ressusciter. Les partisans de Home étaient d'autant plus enclins à persister dans leur sentiment qu'à Paris ils n'avaient affaire qu'à la diphtérie sporadique, dont les allures sont, comme on le sait, bien moins tranchées, et par cela même moins significatives que celles de la diphtérie épidémique observée par Bretonneau et ses élèves.

Bourgeoise, il est vrai, avait fait paraître, en 1823, une observation fort intéressante, montrant que le mal pouvait avoir entièrement l'aspect d'une maladie générale, diffusant ses symptômes et même ses lésions caractéristiques dans les points les plus éloignés de l'organisme (angine pseudomembraneuse et localisation anale). Bourgeois, médecin de l'école de la Légion d'honneur à Saint-Denis, se faisant l'historien d'une épidémie célèbre qui venait de sévir dans cette institution, avait également confirmé quelques-unes des données récemment émises ; et Deslandes avait publié un remarquable mémoire critique en faveur de celles-ci ; mais le procès, au fond, n'était pas encore engagé et, quel que fût le zèle des néophytes, chacun restait sur ses positions.

Guersant, esprit prudent et sagace, clinicien éminent, estimé de tous pour sa valeur incontestable d'ailleurs, professeur à la Faculté de Paris et jouissant par cela même d'une autorité officielle indiscutable, fit pencher la balance en faveur de la spécificité et de l'unicisme de la diphtérie, à force de talent, de modération, de diplomatie même, malgré l'opposition passionnée de Broussais et de ses disciples, qui sentaient menacée la doctrine du physiologisme et s'efforçaient de consolider par la ruine des idées adverses ses bases si fortement ébranlées. On pourrait raconter, à l'occasion de cette grande lutte, qui n'allait pas moins qu'à décider en quelque sorte du sort de la médecine, bien des anecdotes démontrant combien le combat dégénéra souvent en personnalités ; mais la postérité est dédaigneuse de ces petitesses et ne se préoccupe plus heureusement que des questions de science pure.

Le vulgarisateur des idées de Bretonneau avait d'autant plus de mérite à se rallier aux théories émises par celui-ci que lui-même avait fait paraître quelques années auparavant un opuscule sur le croup où il soutenait les façons de voir généralement admises. Mais, devant le lumineux exposé du maître de l'école de Tours, il abandonna courageusement ses convictions anciennes et écrivit pour le *Dictionnaire en 40 volumes* un article sur l'angine pseudomembraneuse resté célèbre ; car il fait date, ayant décidé en quelque sorte du sort de la bataille en faveur de Bretonneau. L'influence de Trousseau ne sera pas inutile pour compléter la victoire; mais on peut dire que, grâce à Guersant, le pas décisif venait d'être fait.

Il importe donc au plus haut point, d'avoir une idée précise de la monographie de ce dernier, et c'est pourquoi nous allons en donner une analyse aussi minutieuse et aussi exacte que possible.

L'auteur débute par indiquer à grands traits la *symptomatologie* de l'affection. Elle serait assez semblable à une pharyngite ordinaire et les phénomènes qu'elle détermine n'auraient même qu'une allure assez effacée dans la majorité des cas. Ainsi « la déglutition, écrit-il, est ordinairement moins douloureuse dans cette maladie que dans la plupart des autres espèces d'angines; la fièvre est le plus souvent à peine sensible et les jeunes malades jouent comme à l'ordinaire. Souvent ils avalent presque aussi facilement que s'ils n'avaient point d'angine ». Ces manifestations bénignes du début avaient beaucoup frappé Bretonneau et ses élèves, qui y voyaient le moyen de différencier la diphtérie de l'angine scarlatineuse. Trousseau revien-

dra bien souvent sur ce point. Cependant, on sait qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que, si l'infection est mixte, par exemple compliquée de streptococcie, le tableau morbide est beaucoup plus accusé. Le fait clinique n'avait pas échappé à Guersant.

« Chez quelques-uns, la fièvre est intense dès son début, et tous les mouvements du cou et ceux de la déglutition sont parfois très douloureux. » Voici quel serait l'état du pharynx au cours de l'affection. « Après la période d'invasion, qui est souvent si courte et si légère que le médecin n'en est presque jamais témoin, les différentes parties des fosses gutturales, telles que les amygdales, la luette, le voile du palais, la face postérieure du pharynx, présentent de petites plaques irrégulièrement circonscrites, blanches ou d'un blanc jaunâtre, lisses, luisantes, et d'un aspect lardacé. Ces plaques paraissent plus saillantes et comme convexes dans leur milieu ; elles sont amincies sur les bords. » Ainsi, multiplicité des dépôts pseudomembraneux au commencement, avec accumulation plus marquée dans les parties centrales. Comme Bretonneau, Guersant insiste sur l'importance considérable de l'adénite cervicale. « Dès leur apparition les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont plus ou moins gonflés et douloureux, et la gêne de la déglutition est plutôt en rapport avec le volume de ces ganglions qu'avec l'étendue des plaques qui se sont développées dans le pharynx. » La tuméfaction de la parotide, événement assez rare du reste, est signalée d'après les faits observés lors de la célèbre épidémie de New-York dont Samuel Bard s'est fait l'historien. A ce propos, l'auteur rappelle que, lorsque le fléau sévit à la maison de la Légion d'honneur, à Saint-Denis, le mal s'est montré à l'occasion d'une épidémie d'oreillons? Quoi qu'il en soit, les plaques blanchâtres auraient une tendance très marquée à l'extension et à la fusion ; « quelquefois, dans l'espace de quelques heures, toutes les fosses gutturales sont envahies par cette exsudation, qui les recouvre complètement ». La luette serait souvent recouverte en entier comme d'un doigt de gant. Elle paraît être très gonflée et œdémateuse. « D'autres fois elle n'est envahie que d'un côté et courbée du côté malade en forme de crochet. » Quant aux amygdales, elles seraient très inégalement prises. C'est du côté de la tonsille la plus malade que prédomineraient l'envahissement pseudomembraneux du pharynx et le gonflement ganglionnaire. Les dépôts ne tardent pas, dit Guersant, à se boursoufler et se décoller, « laissant suinter quelques gouttes de sang qui se mêlent à une salive plus ou moins abondante, écumeuse et extrêmement fétide, comme dans la stoma-

tite gangreneuse. » La diphtérie nasale, du moins sa forme grave, est assez bien précisée. « On observe très fréquemment à cette époque de la maladie, ou dès le début, un écoulement par les narines d'un liquide séreux, jaunâtre ou sanguinolent, d'une odeur nauséeuse très fétide, ce qui est presque toujours l'annonce de l'invasion de la maladie dans les fosses nasales. » L'expuition sanguinolente serait souvent accompagnée d'épistaxis, et, dans un cas, cette hémorragie chez un adulte aurait été tellement abondante qu'on a été obligé de recourir au tamponnement qu'on dut néanmoins abandonner ensuite, à cause de la douleur qu'il déterminait. Le renouvellement incessant des dépôts blanchâtres à mesure qu'ils se détachent est, bien entendu, mentionné. Guersant fait remarquer à ce sujet, que ceux de troisième ou quatrième formation sont en général plus blancs et plus minces que les autres. Parfois aussi le ramollissement des plaques, quand la guérison doit survenir, se fait en masse et il y a transformation en une sorte de bouillie. Parfois même il y aurait résorption graduelle et imperceptible sans détachement proprement dit. Lorsque la terminaison favorable doit s'accomplir, on serait averti par la diminution assez rapide du volume des ganglions cervicaux, à moins qu'ils ne soient envahis de telle façon qu'ils doivent suppurer.

Comme phénomènes généraux, il faudrait noter surtout une altération marquée du facies. D'ailleurs, l'angine pseudomembraneuse n'offrirait en général point de gravité par elle-même et se terminerait très souvent d'une manière favorable. Elle ne deviendrait véritablement dangereuse que dans les cas où la maladie « se propage vers les organes de la respiration et donne lieu au croup, ou à l'espèce particulière de pneumonie dont nous avons parlé. » Voici comment est caractérisée cette dernière : « Le croup n'est pas la seule affection des organes de la respiration qui s'observe dans l'angine pseudomembraneuse ; il survient quelquefois, du troisième au septième jour de la maladie, une broncho-pneumonie ou pneumonie catarrhale, qui est insidieuse dans son début et masquée en partie par les signes locaux de l'angine, à laquelle on est porté à attribuer la fièvre et la toux. Celle-ci n'est pas dans ce cas, sèche, gutturale avec aphonie comme dans le croup. Le mucus expectoré offre souvent des stries sanguinolentes, et l'auscultation et la percussion donnent bien les signes d'un engoûment catarrhal plus ou moins prononcé dans les poumons. La fièvre est plus ou moins intense et s'accompagne de redoublements irréguliers. Cet état est d'autant plus grave que l'altération des poumons est plus étendue. » Chemi-

nant sourdement, celle-ci serait le plus souvent méconnue si on n'est pas prévenu de la possibilité de sa présence. Ainsi que Bretonneau, reniant en cela ses idées anciennes, comme nous l'avons dit plus haut, il regarde le croup comme une simple propagation de l'angine pseudo-membraneuse. Mais l'importance de ces lésions laryngées n'en serait pas moins grande ; car, oublieux de la diphtérie maligne comme tous ses contemporains, il attribue à une obstruction mécanique des voies respiratoires toute la gravité du mal.

Le *diagnostic* devrait être fait d'avec l'angine pseudomembraneuse vulgaire qui, par sa bénignité et son cantonnement exact au bucco-pharynx, ne mérite nullement, dit l'auteur, d'être confondue avec la diphtérie. Le plus souvent, il s'agirait de l'herpès labialis à déterminations parfois gutturales et sur lequel Guersant se contente de mentionner les indications un peu sommaires de Bretonneau. Pour l'angine pultacée, qu'il confond avec les formes les plus intenses du muguet, il renvoie à l'article correspondant du dictionnaire. En somme, il semble que le savant maître de l'École de Paris considère l'angine pseudomembraneuse comme assez caractéristique pour n'avoir guère besoin d'être soigneusement différenciée des autres affections ; c'est pourquoi il ne consacre que çà et là quelques lignes à cette partie de la question regardée aujourd'hui comme si importante.

Le *sphacèle* du pharynx est nié d'une façon péremptoire. « Dans aucun cas, je n'ai trouvé le pharynx ramolli, noir ou gris, et présentant précisément l'aspect et l'odeur de la gangrène. Mes observations sont d'accord à cet égard avec celles de M. Bretonneau, de M. Deslandes et de tous ceux qui, dans ces derniers temps, ont examiné ces altérations pathologiques sans prévention. J'ai vu seulement, dans quelques cas, la membrane muqueuse un peu plus molle, et comme érodée à sa surface, mais jamais de véritables escarres. » La congestion serait en somme ici l'altération morbide la plus caractéristique. « Le tissu muqueux est injecté, rouge, plutôt desséché que boursouflé. Il est infiltré de sang disposé par lignes ponctuées ou par petites ecchymoses nouées, inégales, oblongues ; cette disposition se remarque surtout sur le pharynx et le voile du palais. Sur les amygdales et la luette, la membrane muqueuse est infiltrée de sang ou de mucus et parsemée d'ecchymoses arrondies. » Parfois on observerait en certains points des sortes de dépressions produites comme par une sorte de brûlure. « On remarque souvent dans le tissu muqueux même des taches oblongues, grises, sèches, dans lesquelles la membrane muqueuse paraît comme cautérisée

avec un acide. Ces taches tranchent très bien avec les autres parties qui sont rouges ou noires. » Quant aux dépôts pseudo-membraneux, ils sont assimilés à ceux que produit à la surface de la peau le vésicatoire cantharidien ; ils sont plus ou moins fermes, épais, blancs et adhérents. L'auteur ne connaît pas encore les fausses membranes grisâtres et comme diffluentes de la diphtérie maligne, bien qu'il eût pu voir quelques exemples de celles-ci dans la diphtérie, généralement maligne, secondaire à la scarlatine. Mais l'attention générale n'était pas encore éveillée sur ce point. Quoiqu'il ignore aussi l'existence de foyers nécrobiotiques interstitiels pouvant donner, quand il y a guérison, naissance à des processus scléreux plus ou moins rétractiles, il avait cependant noté d'une façon exacte les phénomènes ultimes propres à ces sortes d'altérations morbides. « Sur les parties où les fausses membranes ont été plus adhérentes, plus épaisses, et ont persisté plus longtemps, on serait porté à croire qu'il y a eu érosion ; le bord du voile du palais, la luette paraissent, dans quelques cas, comme échancrés et avoir perdu une portion de leur tissu. Ce n'est pourtant qu'une illusion qui a souvent donné lieu à plus d'une erreur ; quand on observe en effet avec une grande attention, on reconnaît que ces parties ne présentent aucune apparence de cicatrice, mais que leur tissu plus dense est rétracté sur lui-même. Si la luette a été enveloppée en entier par la fausse membrane, elle est uniformément rapetissée, et son volume, quelquefois, diminué des trois quarts. » Même constatation pour l'amygdale qu'on aperçoit parfois à peine entre les piliers. « Cette constatation, assez fréquente, dit-il, et d'autant plus surprenante, à première vue, que ces mêmes tonsilles étaient peu auparavant assez volumineuses pour gêner la déglutition et même la respiration, doit avoir beaucoup contribué à faire présupposer la gangrène. »

Dans la *diphtérie scarlatineuse*, rapidement esquissée par l'auteur et à laquelle il faudrait rapporter la plupart des maux de gorge gangreneux des anciens, la propagation des pseudo-membranes serait moins marquée que dans la diphtérie vraie et le mal se cantonnerait beaucoup plus exactement au bucco-pharynx. Les dépôts seraient moins adhérents, moins fermes, plus infiltrés de mucus ou même de pus.

Bien que Guersant n'ait point vu de sphacèle pharyngé, il serait très porté à l'admettre dans cette forme, parce qu'il a observé assez souvent, au cours de cette maladie, des gangrènes de la peau. Mais ici la gravité du mal serait liée non à une obstruction des voies aériennes supérieures, mais à la malignité de la scarlatine, dont l'angine de Fothergill n'est qu'un épiphénomène.

L'*étiologie* démontre que le mal peut évoluer sous la forme épidémique ou sporadique. Les foyers familiaux seraient fréquents, ainsi que ceux observés dans les pensionnats, dans les prisons. La contagion est admise après une discussion détaillée, des objections adverses et bien des réticences. En effet, il fait d'abord remarquer que la diphtérie n'est pas aussi contagieuse que les fièvres exanthématiques ; car adopter trop ouvertement les vues de Bretonneau, c'était soulever d'emblée les protestations passionnées des adeptes de Broussais. Il a même soin de faire ressortir que la transmission du mal, si évidente en Touraine et en Sologne (Bretonneau, Trousseau), serait moins nette à Paris où l'on ne voyait guère en effet que la variété sporadique. Dans ces cas, dit-il, « je n'ai vu, à l'hôpital des enfants, qu'un seul exemple de communication bien évidente : c'est une religieuse qui contracta la maladie en soignant une petite fille affectée d'angine maligne. » Mais, s'il n'a pas pu recueillir dans sa clientèle privée et hospitalière beaucoup de faits en faveur de la contagion, d'autres, dit-il, ont été plus favorisés ; et, à ce propos, il emprunte à Bretonneau plusieurs cas assez probants. De même, lors de l'épidémie de Saint-Denis, la transmission du mal (niée par Bourgeois) a pu être nettement démêlée dans une observation que Guersant résume.

Le *traitement* indiqué par l'auteur est celui prescrit généralement à l'époque. Il recourt surtout aux caustiques, désinfectants puissants, mais nocifs, tels que l'acide hypochlorique, qu'il préfère à l'acide sulfurique, employé par quelques-uns. Il aurait tiré aussi quelques bons effets des solutions saturées de sulfate acide d'alumine, de nitrate d'argent. La douleur provoquée par ces topiques irritants et destructifs était calmée à l'aide de gargarismes adoucissants. En ce temps où les émissions sanguines jouissaient encore d'une grande vogue, Guersant n'oublie pas celles-ci. « La saignée ne doit pas être négligée, surtout chez les hommes forts et sanguins. Elle nous paraît indispensable même chez les enfants, quand il y a beaucoup de fièvre dès le début de la maladie. » Enfin, pour faire évacuer les dépôts pseudomembraneux et faciliter leur décollement, il prescrivait volontiers les vomitifs. Il ordonnait en même temps les bains tièdes pour décongestionner et diminuer l'agitation.

---

3. — BROUSSAIS



Nous avons tracé ailleurs (voir notre histoire des maladies du pharynx, t. IV, p. 410) la lutte fort vive qui s'éleva entre les partisans du physiologisme et ceux de la spécificité morbide si brillamment défendue par Bretonneau. Si les idées de l'école de Tours triomphaient, c'était la base même du système fondé par Broussais qui s'écroulait irrémédiablement. Avec son tempérament éminemment combatif, ce dernier ne devait pas ménager les coups; et il faut avouer que, s'il eut tort dans le fond, la campagne qu'il mena ne manqua pas d'adresse et que ses objections eurent souvent pour elles, sinon la vérité, du moins la vraisemblance. Toutefois, au début de son article sur les angines (Voir sa pathologie générale), il remplace par la virulence de l'apostrophe ce qui lui manque en fait de bonnes raisons.

Ses adversaires lui objectaient que l'angine diphtérique est épidémique, il répond ainsi : « On ne peut s'empêcher de voir dans les épidémies de grandes causes qui modifient l'existence, mais en somme, elles produisent toutes une irritation des organes. » Cette action n'aurait rien de spécifique, selon lui ; car elle varie, suivant les individus, de siège et d'intensité, au lieu d'avoir sur tous les organismes des effets uniformes. Autre part, il avait dit que les maladies dites contagieuses produisent dans les parties atteintes une espèce de souffle, de vapeur nocive qui déterminent dans un organisme sain, en contact avec le malade, des troubles parfois fort intenses, mais d'une nature commune ; car ils varient, disait-il, singulièrement d'un sujet à l'autre. « Si vous n'envisagez pas ainsi la question, reprend-il, vous vous perdrez dans les entités, c'est-à-dire dans des groupes de symptômes ou des arrangements artificiels qui ne représentent point un état morbide constant, dont on soit assuré de retrouver le modèle dans la nature. C'est une honte pour notre siècle que l'on soit encore obligé de revenir à la méthode vicieuse des épidémistes ; mais puisqu'on tente de la faire revivre, nous ne pouvons nous dispenser de vous en signaler de nouveau la fausseté, au moins en ce qui concerne la diphtérite. »

Tout d'abord, s'appuyant sur les dissemblances symptomatiques relevées dans les auteurs, il nie que cette dernière soit le mal gangreneux de la gorge décrit par Arétée, « sorte de typhus avec prédominance de phlegmasie gutturale ». Dans les faits mentionnés par le médecin de Tours, il ne s'agirait que d'une gastro-entérite quelconque, révélée d'abord par de la fièvre et qui se porte secondairement du côté du gosier ; ce qui arriverait facilement, dit-il, partout où l'air est humide, froid et chargé de vapeur d'eau, de miasmes provenant des substances végétales et animales, de brouillards, influences dont l'effet s'exerce sur toutes les membranes muqueuses et spécialement sur la gorge. Quel que soit le facteur étiologique, toujours banal du reste dans son essence, il déterminerait les phénomènes bien connus de l'irritation inflammatoire. Or, celle-ci offrirait, suivant l'occurrence, des aspects fort divers, qui, dans les cas entrevus par Bretonneau et ses disciples, avaient généralement le caractère exsudatif ; pas toujours cependant, car la phlegmasie présentait parfois d'autres nuances que Messieurs les spécifistes se seraient bien gardés de signaler, telles que congestion simple, inflammation sèche ou suppurative ou même gangreneuse, bien que cette dernière, avoue Broussais, soit en somme assez rare. Du reste, les concrétions observées n'auraient pas deux fois la même cohérence, ni la même épaisseur. « Les qualités dépendent du mouvement inflammatoire, de la manière dont il est dirigé, des dispositions individuelles, de l'état particulier des follicules muqueux ; quoiqu'on fasse pour ne recueillir que des faits dans lesquels l'excrétion des muqueuse s'effeuille et ressemble aux expansions aplaties et foliacées des lichens, on en peut citer beaucoup d'autres où elle est dure et épaisse de deux ou trois ou cinq lignes ». Le mal n'aurait pas non plus une marche uniforme ; quoique les adeptes des récentes théories affirment que l'angine précède toujours le croup, il n'en serait rien. Parfois même, affirme l'écrivain, l'affection remonterait de bas en haut, débutant par l'organe vocal et finissant par la gorge. « Tout est possible à l'inflammation. Elle marche en tous sens ; dans aucune épidémie, elle n'a une direction constante. Elle se comporte suivant une foule de circonstances difficiles à déterminer, mais qui existent. » L'aspect des altérations morbides différerait souvent non seulement d'un sujet à l'autre, mais encore dans les différents points de l'organisme. Ainsi, les lésions seraient congestives et catarrhales en certaines régions, couenneuses dans d'autres, suivant le stade ou le processus phlegmasique qui s'arrête soit spontanément soit plus souvent sous l'influence d'une médication éner-

gique. Broussais, à ce propos, blâme fort Bretonneau de n'avoir pas dirigé contre le mal un traitement suffisamment approprié aux circonstances. Faute d'avoir saisi le véritable mécanisme des phénomènes, il laisserait marcher l'affection jusqu'à ce qu'elle se caractérise. « Le malade éprouve trois ou quatre jours de fièvre pendant lesquels on ne fait rien ; un mal de gorge paraît, il survient quelques efflorescences muqueuses lichenoïdes sur les amygdales et un gonflement œdémateux du cou. Si l'on arrête les symptômes, la maladie en reste là et il n'est point question de croup. »

On peut résumer la façon dont le fondateur du physiologisme comprenait les angines dans les lignes suivantes : Etiologie toujours banale, même quand le mal semble épidémique, dans laquelle le froid, mais aussi les miasmes végétaux ou animaux, l'humidité, les poussières, etc., joueraient le rôle habituel. Le début du processus morbide serait du reste autre part, même dans les angines en apparence idiopathiques. Il devrait être recherché bien souvent dans l'estomac. Le cantonnement des lésions n'existerait le plus souvent pas ; d'ailleurs il serait accidentel dans les affections basées sur la topographie. Le critérium tiré de la variété des lésions morbides serait tout aussi fautif, puisque celles-ci peuvent se remplacer et se succéder avec la plus grande facilité, n'étant que des stades divers d'une phlegmasie irritative, au fond toujours identique. Pas de point de départ plus sérieux quand on veut admettre à toute force des types d'angines bien tranchés, si l'on se fonde sur la symptomatologie et même sur l'évolution, celles-ci étant dominées par mille circonstances souvent obscures, et qui n'ont rien à faire avec la nature du mal. Celui-ci ne deviendrait dangereux que quand on le laisse dégénérer ; mais il serait toujours possible de prévenir cette évolution par des moyens convenables, notamment par l'emploi de la saignée, dont Broussais et ses adeptes ont fait l'abus que l'on sait.

---

4. — ANDRAL



Dans ses *cliniques médicales*, dans son cours de pathologie interne rédigé d'ailleurs par un de ses élèves, Andral a dû aborder forcément la pathologie pharyngée ; mais il l'a fait d'une façon assez sommaire et pour ainsi dire impersonnelle, se bornant en somme à rappeler les notions de l'époque sur les diverses affections gutturales.

Plus intéressant certainement, au point de vue qui nous occupe, est son *traité d'anatomie pathologique*. Après avoir indiqué brièvement que la congestion, l'anémie, l'œdème du gosier sont à peu près tels qu'on les rencontre dans le reste du tube digestif, l'auteur s'occupe du processus phlegmasique, dont les lésions étaient naturellement les mieux connues au début du XIX[e] siècle : et à ce propos il insiste sur la *diphtérite* qui était alors l'objet de discussions si passionnées entre l'école de Bretonneau et celle de Broussais. Il donne nettement raison au premier et condamne sans hésitation les opinions professées sur le sujet par les adeptes du physiologisme. Suivant Andral, il ne s'agissait que d'une « hypérémie aiguë de la membrane muqueuse stomato-pharyngienne, suivie d'une exsudation membraniforme, exsudation qui annonce la nature spéciale de la maladie ; car ce n'est certainement ni par l'intensité, ni par la durée de la congestion sanguine qui la précède et qui coïncide avec elle, qu'on peut expliquer cette remarquable congestion morbide. Ici, comme dans mille autres circonstances, l'hypérémie est un des éléments de la maladie, *mais cet élément ne la constitue pas tout entière* ». En d'autres termes, l'accumulation du sang dans les vaisseaux de la région, qui se voit dans tant d'affections, est soumise à des lois qui ne sont point tirées de conditions purement mécaniques mais bien spécifiques ; c'est pourquoi, dit cet auteur, les styptiques et les astringents qui devraient exaspérer le mal, suivant les idées de Broussais, le guérissent au contraire, si on ajoute foi aux faits rapportés par Bretonneau. Par contre, les antiphlogistiques les plus énergiques, tels que la saignée, restent impuissants ou même sont nuisibles. Andral s'écrie en

s'adressant aux partisans du physiologisme : « Reconnaissez donc que, par ces moyens thérapeutiques (alun) plus ou moins excitants, vous modifiez cette disposition inconnue en vertu de laquelle s'opérait la sécrétion morbide de la diphtérite[1]. Reconnaissez qu'en pareil cas l'hypérémie est un phénomène secondaire produit par la même cause qui détermine l'exsudation membraniforme ». Toutefois, la congestion, bien que deutéropathique, aurait une certaine importance non seulement anatomopathologique mais encore clinique par sa précocité, qui serait telle qu'elle constituerait en quelque sorte le premier signe de l'affection. « Avant tout autre phénomène, on observe sur la muqueuse un pointillé rougeâtre, généralement peu intense, disposé par taches ou par stries, sans qu'il y ait tuméfaction remarquable de la membrane. Mais souvent, dès cette première époque de la maladie, le tissu cellulaire environnant est engorgé et les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont plus ou moins engorgés ». Le dépôt fibrineux serait donc un peu plus tardif que la congestion. « Plus ou moins de temps après que la rougeur a commencé, des points blancs apparaissent, d'abord isolés les uns des autres, et semblent exister surtout sur des follicules ; ils se multiplient, s'élargissent, se touchent et finissent par constituer en se réunissant une couche uniforme plus ou moins étendue. Tantôt il y a plusieurs plaques séparées par des intervalles encore assez considérables, tantôt il n'y en a qu'une seule qui recouvre un vaste espace et qui tend sans cesse à en occuper un plus grand ». On sait que Bretonneau basait en grande partie sa doctrine de la spécificité des lésions de la diphtérite dans leur caractère essentiellement envahisseur, idée acceptée par tout le monde et qui ne sera battue en brèche que lorsqu'on connaîtra les cas bénins à tendance nettement localisée, auxquels Lasègue imposera le nom de diphtéroïde, qui seraient à la diphtérie ce que la varioloïde est à la variole. L'écrivain donne une bonne description macroscopique des fausses membranes et des diverses altérations qu'elles peuvent subir ; mais il faut avouer que Bretonneau avait peu laissé à faire sur ce sujet. Rappelons qu'Andral admet non seulement l'envahissement des voies aériennes dans toute leur étendue, mais encore de l'œsophage, du nez, du conduit auditif externe, de la peau elle-même, ainsi que Trousseau l'avait démontré récemment

1. Billard avait soutenu peu auparavant que les dépôts blanchâtres résultaient d'une sécrétion muqueuse plus épaisse que d'habitude des glandes de la région.

dans sa célèbre relation de l'épidémie de Sologne. « On voit les vésicatoires et, en général, toutes les surfaces dénudées se recouvrir d'une couche pseudomembraneuse, plus ou moins analogue à celle qui existe à l'intérieur de la bouche et du pharynx ». Certains termes de cette phrase auraient droit de nous choquer actuellement ; car nous savons que la cavité buccale n'est guère envahie. Mais il ne faut pas oublier que Bretonneau et beaucoup d'autres confondaient avec la diphtérite la stomatite ulcéromembraneuse. La distinction ne s'effectuera que plus tard.

L'auteur ne semble pas très heureux dans ce qu'il dit sur les différences présentées par ces fausses membranes en ce qui concerne leur consistance. A ce point de vue, affirme-t-il, elles peuvent présenter plusieurs variétés : pultacée, caséiforme, couenneuse. Ceci s'explique par ce fait que l'on confondait encore plus ou moins avec les dépôts fibrineux des amas de cellules épithéliales caséifiées ou du mucus concrété, faute d'un examen histologique et microchimique. Le siège exact de la couenne n'était guère mieux précisé. « Elle peut être située en dedans (au-dessous) de l'épithélium, exister à nu sur la membrane muqueuse. » Ce dernier membre de phrase seul est vrai, comme on le sait aujourd'hui ; c'est tout au plus si au milieu de l'exsudat on trouve quelques traces d'un épithélium en voie de dégénérescence rapide.

Passant aux lésions non plus de la muqueuse mais du tissu cellulaire sous-jacent à cette membrane, Andral signale l'œdème inflammatoire, les suffusions sanguines ou même les petits foyers hémorragiques qui compliquent la turgescence congestive des vaisseaux, et enfin l'induration qui succède à un trouble chronique de sa nutrition. Ici, l'écrivain tombe dans la confusion qui régna si longtemps entre les processus de sclérose proprement dits et ceux appartenant au squirre. On le voit citer côte à côte le cancer de la langue et l'*hypertrophie des amygdales*. A propos de cette dernière, il distingue de la variété dure proprement dite une forme molle due à une dilatation des cryptes altérées dans leurs parois et remplies d'un mucus caséeux ; parfois même l'augmentation de volume de la tonsille serait due à une accumulation de calculs, dont la grosseur « varie depuis celle d'un grain de millet, d'un petit pois, d'une lentille jusqu'à celle d'une fève. Ces divers produits de sécrétion morbide paraissent être contenus, tantôt dans une seule lacune considérablement agrandie, tantôt dans une cavité formée par la réunion accidentelle de plusieurs de ces lacunes ». En un

mot, cet anatomopathologiste avait déjà, ainsi que plusieurs de ses contemporains, une idée suffisante des altérations sinon des symptômes de ce qui constitue aujourd'hui l'*amygdalite folliculaire*. Il tend indûment à y faire rentrer des lésions qui semblent avoir appartenu à des dégénérescences malignes des tonsilles que quelques-uns avaient déjà appelées de leur vrai nom de *cancer*. « Qu'y a-t-on effectivement trouvé? Une augmentation considérable de volume et de consistance soit des parois folliculaires soit du tissu cellulaire interposé entre elles et çà et là des cavités accidentelles remplies d'un pus fétide qui s'écoulait plus ou moins librement au dehors. Chez une femme morte à l'Hôtel-Dieu, en 1823, les parties molles qui entouraient une des amygdales présentaient, comme celles-ci, le genre d'altération que je viens de signaler. Il en résultait une tumeur qui, non seulement faisait saillie du côté de l'isthme du gosier où existait une *vaste ulcération avec suppuration fétide*, mais encore qui apparaissait sur la partie latérale et supérieure du cou au-dessus et en arrière de l'angle de la mâchoire où existaient des orifices fistuleux. La tumeur entrava de plus en plus le passage de l'air en s'étendant vers le larynx et la mort eut lieu par asphyxie [1]. »

Revenant sur l'hypertrophie amygdalienne ordinaire, Andral soutient comme l'affirmera aussi plus tard Lasègue, que l'affection est parfois *congénitale*. Comme Lasègue également et bien avant lui, notre auteur reconnaît que le mal est une cause permanente d'irritation pour le voisinage « et produit ainsi de fréquentes angines... Le tissu hypertrophié agit ici en quelque sorte comme un corps étranger ». Les lignes qui suivent prouvent qu'Andral avait saisi toute l'importance des données transmises par Dupuytren touchant les déformations thoraciques succédant aux hypertrophies tonsillaires; il ajoute même quelque chose de son crû laissé de côté par son prédécesseur et qui est l'existence d'un lymphatisme très accentué. « Noterai-je encore que, chez beaucoup d'individus, dont les amygdales offrent ainsi un excès de développement, disposition qu'on a vu d'ailleurs être héréditaire, on observe une mauvaise conformation de la poitrine et plusieurs traits de la *constitution scrofuleuse*, tant il est vrai que, dans ce cas comme dans tant d'autres, une modification de nutrition légère, circonscrite, frappant un organe sans importance et en quelque façon insignifiant se rattache cependant à des modifications plus graves dans l'ensemble du mouvement nutritif ». Sans doute, c'est à la diathèse scrofuleuse,

1. Voir Perthus, *Thèse sur l'amygdale*. Paris, 1825.

étayée déjà par les recherches des premiers maîtres de l'école de Saint-Louis qu'il faudrait attribuer suivant l'écrivain « l'hypertrophie des quelques follicules qui entourent l'isthme du gosier ».

A propos du *sphacèle pharyngé*, Andral conclut à peu près de la même façon que Delaberge et Monneret dans leur compendium de médecine. Aussi, tout en admettant que Bretonneau avait raison de soutenir que la fameuse angine gangreneuse des anciens reposait sur une erreur anatomique causée par l'aspect putrilàgineux des vieilles pseudomembranes corrompues, il ne va pas si loin que l'école de Tours. « Cependant, il ne faut pas tomber dans un excès contraire et nier l'existence d'une pareille gangrène. Il est bien certain que plus d'une fois on l'a vu succéder à une irritation aiguë de la membrane muqueuse stomato-pharyngienne. Ailleurs la gangrène semble être en quelque sorte primitive[1]. C'est d'emblée pour ainsi dire et sans l'apparition préalable des signes qui annoncent ordinairement l'existence d'un travail d'irritation ». Dans ces cas, on verrait, dit Andral, « survenir des taches d'un rouge brun qui deviennent bientôt noires, s'étendent plus ou moins rapidement et se transforment en escarres qui occupent un espace variable soit en superficie soit en profondeur. » Comme on le voit, il a en vue le noma et ce qui le prouve encore c'est la phrase suivante : « Cette affection gangreneuse de la bouche a été plus souvent observée chez les enfants que chez les adultes. » L'étiologie serait ici surtout la débilitation produite par la misère, par la scrofule ou une fièvre grave antérieure (gastro-entérite ou éruption cutanée).

Rappelons encore qu'Andral rapproche certaines gangrènes foudroyantes de la langue de l'anthrax de la langue chez les chevaux.

A propos de l'*ulcération* du bucco-pharynx, il se contente d'émettre la phrase suivante : « Tantôt elle succède à une simple hypérémie irritative, tantôt à une vésicule ou à une pustule, tantôt enfin elle est la terminaison d'une irritation diphtéritique ou gangreneuse. »

1. C'est l'opinion de Rilliet et Barthez qui firent du sphacèle une mortification des tissus à vitalité compromise, survenant sans l'aide d'un processus phlegmasique.

5. — VALLEIX

Très érudit, bon clinicien, esprit critiqueavisé, Valleix a donné des maladies du pharynx une description fort intéressante, où, tout en mettant à profit les idées et les travaux de ses contemporains, il ne néglige pas dédaigneusement, comme l'avaient fait tant d'autres, les œuvres du passé. Il insiste d'abord sur la distinction qu'il s'agit tout d'abord d'établir entre les maladies de la gorge et celles de l'organe phonateur. Après avoir mentionné les tentatives dans ce sens de Galien, de Boerhaave et de Van Swieten, il ajoute : « Mais cette distinction n'est point assez parfaite dans les écrits de tousces auteurs, pour que les descriptions ne présentent point encore une assez grande confusion. C'est surtout dans ces derniers temps qu'on a établi une ligne de démarcation très tranchée entre les affections propres au larynx et les affections propres au pharynx, tout en reconnaissant que, dans certaines circonstances, les lésions se propagent rapidement d'une de ces cavités à l'autre... Les maladies du pharynx diffèrent de celles du larynx non seulement par leur siège, mais encore par des symptômes importants, par leur marche, par leur gravité et par les moyens de traitement qui leur sont propres. Il est donc indispensable de séparer complètement des affections si différentes, autrement il peut en résulter un embarras très fâcheux pour la pratique. » Il fait ressortir combien il est fâcheux de confondre sous une même appellation des affections si dissemblables. « Néanmoins, sous le nom générique d'angine, un grand nombre d'auteurs ont continué à désigner également les affections du pharynx et du larynx, une gêne plus ou moins notable de la respiration et de la déglutition leur suffisant pour admettre l'existence de l'angine..... Sans doute, si l'on veut conserver encore cette mauvaise dénomination d'angine, on doit se ranger à la manière de voir de ces auteurs, mais en y réfléchissant, on verra que de toutes les causes qui ont apporté la confusion dans l'histoire des maladies du pharynx et du larynx, la plus puissante est peut-être cette réunion forcée sous un même titre de maladies fort dissemblables..... Aujourd'hui il

nous est facile de proposer des dénominations qui rendent la description des diverses maladies dont il s'agit plus claire et plus facile. Il suffit de désigner sous le nom de laryngites, comme nous l'avons fait dans cet ouvrage, les angines qui occupent le larynx, et de pharyngites, celles qui envahissent le pharynx. »

Rappelant les divisions proposées par Boerhaave et Van Swieten, par Sauvage, par Cullen et par Joseph Frank, Valleix admet les espèces suivantes : « pharyngite simple aiguë, dont les diverses variétés seront indiquées et appréciées, pharyngite simple chronique, pharyngite pultacée, pharyngite couenneuse, pharyngite scléreuse, pharyngite gangreneuse »; à ces types morbides, s'ajoute, dit-il, la dégénérescence cancéreuse et la dilatation de l'organe.

Mais, pour obéir à la classification du temps, il fait précéder le chapitre des phlegmasies de quelques remarques sur un accident rare, dit-il, l'*hémorragie du pharynx.* Il rappelle, d'après Joseph Frank, que la rupture des varices de la paroi postérieure du pharynx amène un écoulement sanguin plus ou moins abondant. Les traumatismes doivent être incriminés dans quelques cas. Enfin l'écrivain mentionne, d'après Alquié, de Montpellier, que les piqûres de sangsues peuvent donner lieu à cet accident, qui surviendrait parfois aussi à la suite de la suppression des règles (Frank). Le diagnostic serait assez simple. « L'inspection du pharynx en fait facilement reconnaître la source dans le plus grand nombre des cas. Le liquide est rejeté ordinairement par simple excrétion, après quelques efforts bruyants pour le chasser de la cavité pharyngienne. Il n'est pas spumeux, à moins qu'il n'ait été agité violemment par des secousses de toux provoquées ou non par l'entrée de quelques gouttes de sang dans le larynx. »

Pharyngite simple aiguë. — Sous ce titre, Valleix comprend l'angine catarrhale (légère) de Sauvage, l'angine inflammatoire ou sanguine de Boerhaave, l'angine franche de certains nosologistes, l'angine bilieuse et gastrique de Stoll. Suivant le siège, il distingue l'isthmite, l'amygdalite, la pharyngite aiguë proprement dite, ayant sa localisation dans les parties les plus reculées de l'organe. A ce propos « il faut, dit-il, reconnaître avec Pinel et avec plusieurs des auteurs qui l'ont suivi, tels que Rostan et Roche, qu'il est rare que la maladie soit bornée à un petit espace, et que l'inflammation a une très grande tendance à occuper à la fois plusieurs des parties constituantes du pharynx; mais, dans les cas où la pharyngite est ainsi limitée, il y a des circonstances particulières qui donnent une physionomie propre

à l'affection et qui la rendent plus ou moins dangereuse ; de telle sorte qu'il n'est pas inutile pour la pratique de connaître ces particularités. » Il rappelle que Borsieri admettait une phlegmasie gutturale généralisée se composant de toutes ces variétés, et qu'il appelait « angina composita ».

L'angine catarrhale serait d'allure habituellement légère et siégerait superficiellement. Valleix, comme la plupart des nosologistes de l'époque, prête à cette dernière considération une grande importance, la variété profonde ayant une grande tendance à prendre une évolution infiniment plus grave (phlegmoneuse). Sa topographie serait constituée par le voile, ses piliers et les amygdales (palatines), de là les noms tirés de ce siège « isthmitis, paristhmitis, staphylite, palatite ». L'influence de l'âge est nettement mentionnée; car on savait depuis longtemps que les adultes et surtout les vieillards y sont peu prédisposés. « Elle ne se montre (l'angine) pas dans la même proportion à tous les âges de la vie. Elle attaque principalement les sujets jeunes, et qui présentent les attributs du tempérament sanguin. Il serait toutefois nécessaire qu'on fît à ce sujet des recherches plus exactes. » Ainsi, l'action du lymphatisme (on dira plus tard la scrofule) n'est pas même mentionnée, bien qu'elle fût affirmée par un grand nombre de nosologistes contemporains et cela non sans raison ; mais il faut se rappeler qu'avec l'iatrochimisme, le système de Brown, celui de Broussais, la disposition « sanguine » fut regardée un moment comme la meilleure prédisposition pour contracter des phlegmasies. Cependant, l'écrivain rappelle, à ce sujet, la distinction importante établie par Frank « en angine catarrhale et en angine rhumatique ; ces deux espèces attaqueraient les sujets dans des conditions très différentes. Ainsi, la première sévirait sur les enfants, le sexe féminin, les hommes débiles, les individus lymphatiques, scrofuleux, ceux qui sont en proie au vice syphilitique, ou qui ont fait abus du mercure, tandis que la seconde se montrerait chez des sujets vigoureux, mais qui se seraient exposés à des variations de température. » Valleix n'est point de cet avis et il ajoute : « Rien n'autorise à admettre cette distinction jusqu'à ce que les faits soient venus en prouver la solidité. » La statistique (Louis) prouverait de même, contre l'opinion traditionaliste, que les hommes sont plus sujets à l'isthmite que les femmes. Par contre, il croit que les saisons intermédiaires (printemps, automne), exposant davantage au refroidissement subit, sont les époques préférées en quelque sorte du mal, ainsi que cela résulterait de l'observation journalière et aussi des relevés si concluants de

Sturm. La convalescence des maladies graves y exposerait aussi d'une façon particulière. Enfin, parfois l'étiologie serait très obscure, bien que l'inflammation frappe simultanément à un moment donné un grand nombre d'individus. « J'ai dit que cette maladie se montrait sous forme épidémique. On voit en effet, aux époques mentionnées plus haut, un grand nombre d'individus en être atteints, sans qu'on puisse en trouver la cause ailleurs que dans un état particulier de la constitution atmosphérique, il serait extrêmement facile d'en citer des exemples. » Par contre, la possibilité de la contagion mentionnée déjà par quelques-uns n'est pas signalée. Le froid, le surmenage vocal, les gaz et poussières irritantes, les boissons trop chaudes ou trop froides sont rappelés en quelques mots comme causes occasionnelles.

Valleix insiste sur les deux modalités du début c'est-à-dire par les symptômes généraux ou au contraire par les symptômes locaux. Dans le premier cas, on constaterait une certaine tuméfaction des amygdales, et c'est à ces lésions tonsillaires que l'auteur attribue ici l'intensité de la réaction de l'économie. Il signale les troubles gastriques ou bilieux de Stoll, mais dit que le fait paraît exceptionnel. L'analyse des symptômes de l'affection est fine et détaillée, mais ne présente pas de particularités spéciales, dignes d'être citées ici. Il parle cependant de petites concrétions blanchâtres, siégeant sur certaines cryptes amygdaliennes et montrant qu'il y a, malgré les apparences, un certain degré de participation des tonsilles à la phlegmasie. Il est moins heureux à propos d'un autre phénomène : « Quant à la toux gutturale décrite par quelques auteurs, et en particulier par Lazare Rivière et par Saxonius, est-il bien certain que, dans les cas où elle se montre, l'inflammation ne s'est pas propagée aux parties supérieures du larynx? » Le rejet des aliments par les fosses nasales ne lui paraît pas non plus habituel dans l'affection. « Nous ne connaissons pas d'exemple de ce fait, et tout porte à croire que, dans tous les cas où ce symptôme s'est montré, il s'agissait d'une angine beaucoup plus grave et beaucoup plus profonde. » C'est en effet un indice que la maladie occupe le cavum, ainsi que l'ont démontré les recherches ultérieures.

Les cas très légers d'angine sont mentionnés ainsi : « Mais auparavant nous devons ajouter que, quelque légère que paraisse cette affection, d'après la description précédente, on pourrait citer des cas où elle se montre plus légère encore et qui ne méritent pas le nom de maladie[1]. Ainsi, on éprouve assez fré-

1. C'est ce qu'avait déjà dit dans l'antiquité le méthodiste Thessalus.

quemment, à la partie postérieure du voile du palais, un léger sentiment de gêne, avec un gonflement plus ou moins considérable de la luette (formes légères du catarrhe du cavum), des mouvements presqu'involontaires de déglutition, l'excrétion d'une petite quantité de mucus concret, sans aucune altération de la santé. Ces phénomènes se dissipent spontanément. »

Dans la description suivante se trouvent englobés certainement des cas de *péritonsillite* ; mais l'auteur n'a pas su remonter de l'effet aux causes. « A peine peut-on citer quelques cas où l'inflammation de l'isthme du gosier ait pénétré assez profondément pour déterminer la suppuration des parties. C'est cependant ce que l'on observe quelquefois et alors l'affection prend les caractères de l'angine inflammatoire d'un grand nombre d'auteurs. Dans ces cas, on voit survenir, soit dans un des côtés du voile du palais, soit dans un de ses piliers, un gonflement plus ou moins considérable et avec une douleur assez vive, et avec une grande difficulté d'écarter les mâchoires. La sécrétion du mucus est considérable, les parties sont déformées. Ainsi, le bord inférieur du voile du palais peut devenir convexe, les piliers très proéminents se porter vers la base de la langue et la luette être notablement déviée. Au bout de quelques jours, les symptômes diminuent ; on voit apparaître sur la partie gonflée un point plus saillant, qui se rompant ordinairement dans un effort pour détacher les mucosités donne issue à une plus ou moins grande quantité de pus ; effet qui est suivi d'un soulagement immédiat. Dans ce moment, la guérison est rapide et la cicatrisation ne se fait pas attendre. Dans quelques cas, on est obligé d'ouvrir l'abcès avec le bistouri [1]. »

Dans une variété (décrite par Boerhaave), la rougeur de l'isthme serait peu intense ; mais les parties atteintes, notamment la luette, se montreraient remarquablement gonflées et transparentes. La sécrétion du mucus serait notable, la douleur peu *accusée*, mais la dysphagie paraîtrait assez gênée à cause de l'obstacle mécanique signalé plus haut.

La *pharyngite rheumatique* de Valleix et de Frank son prédécesseur est l'angine rhumatismale de Trousseau, avec réaction

1. Ainsi Valleix, mieux que d'autres nosologistes qui l'ont précédé, a vu l'aspect symptomatique de la péritonsillite ; mais il n'a pas reconnu l'origine lacunaire de ces phénomènes, parce que, dans un grand nombre de cas, l'inflammation tonsillaire semble manquer au début des accidents et ne peut être relevé dans les anamnestiques. C'est parce que les anciens auteurs avaient été témoins de plusieurs de ces cas qu'ils faisaient jouer indûment un grand rôle aux phlegmasies du voile.

douloureuse très intense et irradiations dans les muscles du cou et des épaules, mais sans déterminations articulaires. La gorge prendrait une teinte garance caractéristique.

Quant à l'existence de la pharyngite catarrhale chez de *très jeunes sujets*, question débattue longtemps par les pédiâtres, voici comment s'exprime Valleix : « Billard a avancé que l'angine gutturale est très fréquente chez les nouveau-nés. C'est ce qu'il ne nous a pas été permis de constater et ce qui doit être bien difficile de reconnaître, surtout si l'affection ne présente d'autres signes que ceux que lui a assignés Billard [1]. »

Quoi qu'il en soit de ces différentes formes, l'évolution serait presque toujours remarquablement bénigne. « Lorsque la pharyngite est très légère et bornée à une très petite étendue, elle disparaît complètement dans l'espace d'un, deux ou trois jours. Dans le cas contraire, et surtout lorsqu'il y a un léger mouvement fébrile, elle peut durer cinq, six et sept jours, et plus longtemps encore dans les cas rares où l'affection se termine par suppuration ; mais toujours elle a une marche rapide et uniforme. » Le diagnostic se ferait très simplement et très rapidement par l'inspection visuelle.

Les astringents, tels que sirops de mûres, d'infusions de ronces, de roses rouges, d'écorce de chêne, etc. étaient déjà d'un bien vieil emploi. A ces préparations antiques, Valleix ajoute les infusions de ratanhia, l'ammoniaque (Pringle), l'acide sulfurique, ces deux médicaments à la dose, bien entendu, de quelques gouttes, l'alun si préconisé per Velpeau. Comme Blache, il est assez sceptique sur l'utilité des vomitifs, des purgatifs, des pédiluves. Il s'en tient le plus habituellement, comme les bons cliniciens de l'époque aux boissons émollientes au moins au début du mal.

Amygdalite aiguë. — L'auteur rapelle que la tonsillite aiguë, qui avait été l'objet d'un grand nombre de travaux, était beaucoup mieux connue que l'affection précédente. Elle comprendrait la plus grande partie des angines franches aiguës des nosologistes du siècle précédent. Le mal ne serait pas, du reste, exclusivement cantonné aux amygdales, car le plus souvent les piliers du voile, par exemple, sembleraient envahis. « C'est à elle qu'on peut rapporter les variétés décrites sous le nom d'angine gastrique, bilieuse, sanguine, franche ou légitime, ou bien d'angine complicante (symptomatique) comme celle qui se produit

1. L'erreur de Billard provient de la teinte très rouge de la muqueuse gutturale des nouveaux-nés.

dans le cours de certaines affections, telles que scarlatine, rougeole, ou encore d'angine suppuratoire et suffocante, dénominations qui lui ont été imposées à cause de la terminaison ou du gonflement énorme des parties, ou même enfin un assez grand nombre d'angines catarrhales ; car il ne faut pas croire que, lors même que la maladie se produit sous l'influence d'une constitution atmosphérique particulière, elle reste toujours bornée à la muqueuse qui tapisse le pharynx. »

Elle serait des plus répandues. « La grande fréquence de cette affection ressort de l'observation annuelle d'un très grand nombre de cas. Chaque année, soit au printemps, soit, dans une moins grande proportion, au commencement de l'automne, on la voit attaquer un nombre considérable de sujets, comme nous avons vu déjà le coryza et la bronchite se manifester à peu près aux mêmes époques. »

La prédisposition jouerait un rôle moins grand que pour d'autres phlegmasies et surtout commandé par les circonstances atmosphériques (constitution médicale des anciens). Tous les âgés y seraient sujets, même les très jeunes enfants, même les vieillards, quoique moins que les adultes. Ainsi, dans un relevé statistique de Louis, à l'hôpital de la Charité, sur quarante et un cas d'angine tonsillaire, « trois sujets seulement avaient dépassé l'âge de quarante ans ». Louis et Rufz auraient prouvé de la même façon que le mal, contrairement à ce que l'on pensait, est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. L'auteur ne croit pas à l'influence des tempéraments sanguins. « Telles sont les principales causes prédisposantes relatives aux sujets ; mais il faut y ajouter une prédisposition *particulière* et *inexplicable*, qui se révèle à nous par des faits évidents. On voit, en effet, un certain nombre d'individus qui ont une tendance marquée à contracter la pharyngite tonsillaire. Ils en sont affectés une, deux et trois fois par an. Assez souvent, cette tendance se conserve pendant un assez grand nombre d'années, mais elle finit généralement par disparaître à un âge un peu avancé. Elle commence ordinairement à l'âge de la puberté, mais il n'est pas rare de l'observer chez les enfants de cinq à dix ans. Ces récidives ont été constatées par tous les auteurs et Louis en particulier a noté que presque tous les sujets observés par lui avaient déjà eu une ou plusieurs atteintes du mal. » Comme causes occasionnelles, Valleix mentionne l'humidité, l'influence du froid, surtout quand le cou est à découvert. Le refroidissement des pieds est à redouter ainsi que l'ingestion de boissons glacées. Par contre, il ne signale que sur la foi des auteurs la

suppression des règles (Aetius) et du flux hémorroïdal, l'abandon d'une saignée habituelle (Hoffmann). Il est moins sceptique à propos des gaz irritants, des poussières, mais pense que ces agents physiques ou chimiques font plutôt sentir leur action sur les voies aériennes supérieures. Presque toujours les deux tonsilles seraient atteintes en même temps ou consécutivement, contrairement aux affirmations de Bosquillon.

Le mal étant plus profond, plus interstitiel, la réaction serait plus violente, principalement au point de vue général, que dans l'isthmite catarrhale. Ce début, dit Valleix, est tellement remarquable que Stoll définit l'angine inflammatoire : « une *fièvre générale* avec inflammation des tonsilles. » Mais, à côté de ce mode d'invasion, il y en aurait un autre caractérisé par une réaction locale, et ceci, suivant les relevés statistiques de Louis, se retrouverait dans la majorité des cas. La symptomatologie est fort bien exposée, mais sans grandes nouveautés. Il mentionne la surdité et, comme les auteurs actuels, l'attribue à une obstruction de la trompe d'Eustache. Quant à l'exploration physique, voici ce qu'elle décèlerait : « On voit les piliers du voile, qui participent plus ou moins à l'inflammation, repoussés en avant et en arrière, et, suivant qu'on examine le sujet à une époque plus ou moins avancée de la maladie (dans le plus grand nombre des cas du moins), l'une des deux amygdales ou les deux à la fois se présentent sous la forme d'une tumeur saillante, arrondie, débordant les piliers et parfois se rapprochant au point de se toucher ou de ne laisser entre elles qu'un intervalle d'un centimètre.

« Ces tumeurs, qui ont perdu la forme d'une amande, propre aux amygdales, ne présentent pas ordinairement une surface parfaitement unie. On y aperçoit des lacunes plus ou moins agrandies, dans lesquelles il est ordinaire de voir se former des concrétions blanches, d'aspect caséeux ou crayeux, que l'on peut facilement détacher. Ces concrétions ont été prises par plusieurs auteurs, notamment par Joseph Franck, pour des pustules qui se seraient développées dans la muqueuse pharyngienne, mais aujourd'hui tout le monde sait qu'elles résultent uniquement de l'inflammation de lacunes folliculeuses et de la sécrétion altérée et surabondante de la matière qu'elles produisent. » Après avoir ains nettement signalé l'affection connue aujourd'hui sous le nom d'*angine lacunaire*, Valleix note la rougeur de la muqueuse, sa tuméfaction, l'effacement des plis habituels de la région, l'amas de mucosités sécrétées en plus grande abondance que d'habitude. Il insiste sur la couche muco-purulente décrite par Rilliet et

Barthès en certains points de l'isthme, chez quelques sujets, et qui pourrait, mieux encore que les concrétions amygdaliennes, faire penser à la diphtérie.

La palpation extérieure, à l'angle des mâchoires, ferait sentir une tuméfaction dure et profonde correspondant aux amygdales. L'adénite serait assez fréquente et réaliserait, suivant l'auteur, le type de la paracynanche des anciens, le gonflement pouvant être assez considérable pour déformer le cou.

Quand il doit y avoir *suppuration*, les réactions locale et générale apparaîtraient bien plus accentuées que dans le cas contraire. Le timbre de la voix se montrerait plus désagréable et présenterait un nasonnement tout particulier. C'est surtout en pareille occurrence qu'on verrait parfois survenir des phénomènes de suffocation fort graves. Parfois, on constaterait, à la surface des tonsilles, un point plus saillant qui finit par percer ou bien le pus se viderait sans qu'on sache comment.

A propos de la forme tonsillaire, Valleix fait l'histoire de l'*angine arthritique* admise par Sauvage, Musgrave et Petersen. Elle surviendrait aux moments où la goutte ou le rhumatisme sont sur le point de se montrer du côté des articulations. Elle se terminerait souvent par une vaste suppuration. Parfois elle remplacerait un accès de la maladie qui la détermine. Schenck aurait du reste mentionné que les tonsilles renferment souvent des calculs chez les malades de cette sorte. Valleix ajoute : « On voit qu'il serait très important que de nouvelles recherches fussent entreprises sur ce sujet, car rien ne prouve que les auteurs n'aient point été induits en erreur par de simples coïncidences et quant aux prétendus calculs trouvés par Schenck, tout le monde sait que des concrétions semblables se sont montrées dans des cas d'angines fort ordinaires. » Ici se voit la tendance qu'avaient les disciples de Louis, et Valleix en était, de n'ajouter foi qu'aux faits suffisamment répétés et dûment relevés par une statistique rigoureuse.

Le même penchant le fait douter, et avec raison, de l'existence de l'*angine intermittente*, qui avait soulevé tant de discussions pour et contre, son étrangeté plaisant par cela même à beaucoup d'esprits. « Barbette, Dumas, Caron et Puccinóti, auteurs cités par Joseph Franck, ont rapporté des cas dans lesquels l'angine a présenté dans sa marche des intermittences plus ou moins marquées ; mais il faut observer que ces intermittences n'ont pas été complètes ; que cette angine s'est principalement montrée dans le cours d'une fièvre appelée rémittente, et qui pouvait être attribuée uniquement à l'angine ; enfin que dans les

cas cités par Barbette, la prétendue intermittence paraît uniquement avoir été l'effet immédiat de divers moyens de traitement assez énergiques. L'existence de l'angine intermittente n'est donc pas parfaitement démontrée. Toutefois on ne doit pas la regarder comme impossible. »

La marche de l'amygdalite aiguë serait ordinairement rapide ; quant à sa durée, « elle varie nécessairement suivant son intensité. L'angine tonsillaire légère ou médiocrement intense disparaît dans un septenaire au plus ; lorsque, avec des symptômes fébriles prononcés, il y a un gonflement très considérable de l'arrière-gorge, la maladie peut se prolonger un peu, mais elle ne dépasse pas le second septenaire. Il en est de même dans les cas où la suppuration de l'amygdale est produite. La maladie présente alors des symptômes plus violents, mais la durée n'est point augmentée, pour la raison qu'aussitôt que l'abcès se rompt, la guérison se produit avec une grande rapidité. » Le pronostic serait bénin ; car « la terminaison a lieu par résolution dans la majorité des cas ». Le diagnostic semble facile le plus souvent, grâce aux symptômes locaux et à la possibilité de l'inspection directe. Mais, lorsque le malade ne peut ouvrir la bouche, ou quand il y a des phénomènes de suffocation inquiétante, le médecin serait plus embarrassé. D'autre part, les concrétions amygdaliennes blanchâtres pourraient faire songer à la diphtérie, mais ici la couleur est d'un blanc mat : le dépôt est très circonscrit, ses bords font une certaine saillie sur la muqueuse et ne paraissent pas se confondre avec elle ; il n'y a pas envahissement rapide. On détache ces amas caséeux sans beaucoup de difficulté et au-dessous on trouve des lacunes amygdaliennes béantes.

Le traitement indiqué est très complexe. Les anciens avaient laissé une foule de moyens, au milieu desquels il fallait se reconnaître. Valleix avoue que « leur valeur n'est pas exactement déterminée ». Il rappelle que, si la saignée paraît atténuer le mal, l'effet, suivant Louis, ne serait pas aussi marqué qu'on l'a soutenu, et qu'on ne le jugule pas comme le pensaient Broussais et Bouillaud. Le premier de ces auteurs était si partisan de la saignée locale qu'il n'hésitait pas à appliquer directement des sangsues dans l'intérieur du pharynx. Il introduisait ces annélides à l'aide d'un fil et les faisait mordre la tonsille en les empêchant d'aller plus loin, grâce au lien dont il vient d'être parlé. Valleix ajoute : « Comme les auteurs du Compendium l'ont fort bien remarqué, ce moyen d'une application difficile et très désagréable n'est point d'une efficacité assez bien déterminée pour qu'on puisse penser y avoir recours.

Rien ne prouve, en effet, que, comme le prétendait Broussais, une seule sangsue, appliquée de cette manière produise plus d'effet que dix à l'extérieur ». La phlébotomie des veines ranines[1] n'était plus pratiquée à cause de ses dangers; mais quelques-uns n'hésitaient pas à scarifier la tonsille enflammée à l'aide d'un bistouri dont la lame sauf la pointe était masquée par une bande de diachylon, ou se servaient des pinces de Museux permettant de réaliser des mouchetures assez profondes. Comme la pratique ne semblait pas démontrer la justesse de ces interventions qui, du reste avaient été exceptionnelles, l'auteur recommande d'avoir la prudence de s'en abstenir. Les enveloppements chauds (cataplasmes sur le cou), les gargarismes émollients tièdes, les boissons adoucissantes, les fumigations à la vapeur d'eau (Cullen), faisaient le fond de sa thérapeutique à la première période. Plus tard, il recourait aux astringents, aux gargarismes acidulés (sirops de mûres, de roses rouges, de citron, d'acide sulfurique très dilué) et il fait la remarque suivante: « L'emploi des acides a-t-il toute l'efficacité qu'on lui suppose ? C'est ce qu'il ne nous est pas permis de décider positivement. On peut croire que si l'inflammation est peu intense et peu profonde, si le gonflement des parties paraît dû à un afflux très considérable de liquides, cette médication a de l'avantage; mais il serait probablement inutile et même nuisible d'y avoir recours, si l'inflammation était caractérisée par des douleurs vives et profondes et une rougeur intense annonçant une inflammation très aiguë. »

Durand, chirurgien militaire, et après lui Herpin, de Genève, avaient tenté de faire avorter le mal en cautérisant la région enflammée avec du nitrate d'argent. Velpeau se servait de l'alun dans le même but et prescrivait, en outre, des gargarismes aluminés. L'écrivain se borne à signaler ces nouvelles pratiques sans les apprécier. Il mentionne de la même façon le borax dont les Anglais commençaient à se servir, le chlorate de potasse, l'ammoniaque (Pringle). L'utilité des vomitifs, principalement de l'émétique (méthode de Rasori contre les inflammations), lui paraît contestable. « On regrette que le docteur Bourgeois, qui emploie toujours et à l'exclusion des émissions sanguines le tartre stibié à dose vomitive, n'ait pas donné une analyse rigoureuse des faits. » Le calomel, reprend-il, aurait donné d'assez bons résultats dans les mains de Scelle-Montdezirt et de Vanoye. Enfin, Morris aurait vanté beaucoup l'heu-

1. Recommandée par Forestier, Sydenham, Lanzoni.

reuse action de la racine de gaïac prise à la dose d'un gramme.

Les purgatifs, les dérivatifs tombaient dans l'oubli. Par contre, on commençait à employer un liquide, l'huile pyrogénée, appelée alors « pyrothinide » et qui devait avoir une véritable action antiseptique. Ranque, qui en avait préconisé l'emploi, la regardait comme styptique et astringente. On en prenait 10 centigrammes unis à 30 grammes d'eau d'orge froide et 10 grammes de miel, en applications locales.

Pour l'ouverture des abcès amygdaliens, l'auteur se borne à citer tout au long le procédé de Boyer.

Pharyngite aiguë des parties profondes. — Valleix reconnaît que le mal n'a pas été l'objet d'une étude d'ensemble, et qu'il faut s'en tenir aux observations publiées sur le sujet pour s'en faire quelque idée. Ainsi, l'étiologie ne serait pas précisée, et si les nosologistes ont incriminé les mêmes causes que pour les autres angines, le fait ne serait pas prouvé. Il se borne à citer la division classique en pharyngite aiguë supérieure et pharyngite aiguë inférieure. D'autres fois, l'affection ne serait qu'une collection purulente profonde, analogue à celles dont Velpeau se fera bientôt l'historien ; et l'auteur se demande si, en pareil cas, il y a bien pharyngite. Pour la symptomatologie, il se borne à citer Chomel et Blache (article : Angine du *Dictionnaire en 40 volumes*). La monographie de Mondières sur les abcès rétropharyngiens n'existant pas encore, il se borne à citer les quelques cas que l'on possédait sur cette sorte de collection dans la littérature médicale (Frion, Ballot, Carmichaël, Besserer, etc.). La pharyngite aiguë inférieure serait *a priori* assez difficile à distinguer de la laryngite, à cause de son siège et de sa symptomatologie. L'accentuation de la douleur au moment de la déglutition serait cependant un précieux indice pour le médecin.

Pharyngite chronique. — Ici, Valleix en est réduit, en se reportant aux notions si rudimentaires de l'époque, à signaler, en dehors de l'amygdalite chronique, la rougeur foncée, les saillies vésiculeuses mentionnées par quelques-uns (Franck), la dilatation des cryptes tonsillaires qui, dit-il, peuvent être très considérables, les saillies variqueuses retrouvées çà et là, le caractère purulent des sécrétions, la tendance à l'enrouement. Lizé, qui avait insisté sur cette phlegmasie chronique, prescrivait les purgatifs, les cautérisations au nitrate d'argent, les sulfureux.

Rien de bien spécial sur l'*hypertrophie des amygdales* à laquelle l'auteur ne consacre, du reste, qu'un paragraphe assez court. Il n'est partisan que de l'excision, d'après le procédé de Boyer qu'il cite tout au long.

L'angine granuleuse n'était pas encore connue du temps où Valleix composait son *Guide du médecin praticien*.

Pharyngite pultacée. — Après un assez long historique de l'angine diphtérique, l'auteur montre qu'à côté d'elle, il existe une pharyngite également caractérisée par des dépôts blanchâtres, mais d'autre nature, qu'on retrouverait dans les fièvres éruptives, principalement dans la scarlatine. Il se borne, ainsi qu'il en avertit, à reproduire à ce sujet la description qu'en donne Bretonneau dans son *Traité de la diphtérite*.

Pharyngite couenneuse. — C'est la diphtérite de l'école de Tours, ainsi que Valleix le reconnaît lui-même. Bretonneau, Guersant sont les modèles qu'il suit dans la description assez détaillée, mais en somme peu originale, qu'il donne de l'affection. Cependant, il mentionne, avec plus de détails que les nosologistes précités, la diphtérie secondaire à la scarlatine, à la rougeole, à la variole et même à la fièvre typhoïde (Louis), sans du reste s'étendre beaucoup sur le sujet. A propos de la contagion, il signale, en outre du maître de l'école de Tours, Brunet, Collineau, et il conclut contre les partisans de Broussais : « On ne peut donc s'empêcher de se ranger à l'opinion des auteurs précédents, Guersant, Trousseau, Ramon, etc., qui ont vu maintes fois la contagion agir manifestement et pour qui, par conséquent, l'existence de cette cause spécifique est démontrée. » A propos des manifestations cutanées, il rappelle que Starr en avait observé avant Trousseau quelques exemples. Elles donneraient, suivant lui, un excellent indice du très haut degré de gravité de la maladie. La durée de l'affection serait très variable, bien que le mal évolue en douze ou quinze jours dans les cas ordinaires. Les complications, notamment la paralysie, n'étaient pas encore connues à cette époque et, comme tous les nosologistes du temps, Valleix voit le principal danger dans l'obstruction mécaniques des voies respiratoires.

Pharyngite ulcéreuse. — L'écrivain comprend sous ce nom l'angine scrofuleuse d'Hamilton, dont il se borne à reproduire la description. Il ajoute : « Mais il ne me paraît pas démontré que la maladie ne fût pas syphilitique ; les faits rappelés par l'auteur laissent des doutes sur ce point. »

Pharyngite syphilitique. — Valleix consacre, en deux endroits de son Traité, un chapitre destiné à la syphilis non ulcéreuse du pharynx (à propos de laquelle il se borne à reproduire les affirmations de Cazenave) et à la syphilis ulcéreuse de l'organe (ici encore il se contente de rappeler les données des syphiligraphes de l'époque, notamment de Cazenave). Il dénomme ces ulcères,

suivant la mode du temps, « chancres du pharynx », bien qu'il ignore complètement, bien entendu, l'existence de l'accident primitif. Il note leur forme arrondie, leurs bords à pic, leur fond d'un gris sale, l'auréole de couleur érysipélateuse qui les entoure. « M. Ricord a décrit deux variétés de cette dernière forme. La première est désignée par lui sous le nom de chancre phagédénique gangreneux. »

Les syphilides du voile, des amygdales, des parties profondes du pharynx sont passées successivement en revue. Il mentionne l'otalgie au cours des lésions des portions supérieures de l'organe dont Cazenave avait laissé une bonne description. Parfois, il y aurait des phénomènes anormaux. « M. Deville a observé un cas dans lequel une angine syphilitique s'est accompagnée d'un tinnitus qui a duré jusqu'à la mort. Si la pharyngite simple chronique simule assez bien la réaction buccale de la syphilis pharyngée, certains caractères permettent de différencier les deux affections tels que localisation des phénomènes en certains points dans la vérole, rougeur luisante, sécheresse, évolution progressive. »

Ulcère de la dothiénentérie.— Quelques lignes sont consacrées aux ulcères de la fièvre typhoïde d'après les recherches, bien connues sur ce point, de Louis.

Pharyngite gangreneuse. — Après bien des évolutions, la pharyngite gangreneuse, un moment rayée du cadre de la pathologie pharyngée, lorsque Bretonneau eut démontré que la mortification, dans la diphtérite, n'était qu'apparente, avait été réintroduite en nosologie gutturale par Rilliet et Barthez, mais sous le nom de sphacèle pharyngé. Ces auteurs considéraient celui-ci comme un trouble nutritif ultime n'ayant rien d'inflammatoire. Ce sont eux que Valleix prend surtout pour guide; mais il utilise aussi quelques données fournies par Guersant (diphtérite scarlatineuse) et il rappelle que ce nosologiste avait observé dans sa pratique et recueilli dans la littérature médicale quelques faits prouvant que l'angine vulgaire pouvait bien se terminer par gangrène, comme le soutenaient les anciens.

Tumeurs malignes du pharynx. — Valleix a eu le mérite d'appeler l'attention sur le cancer du pharynx dont il trace une assez bonne description d'après les cas de Velpeau, Warren et Vidal de Cassis. Il caractérise le néoplasme comme une tumeur bombée[1], irrégulière, dure au toucher, occupant les amygdales, écartant les piliers, gênant les mouvements de la mâchoire et la déglutition avec, au bout d'un certain temps, douleurs lan-

1. Lasègue signalera la variété plate qu'il appellera cancroïde.

cinantes, expectoration fétide et sanguinolente. Quand la tumeur s'ulcère, il existerait une perte de substance irrégulière, à bords relevés. Au début, on pourrait tenter l'extirpation, l'intervention chirurgicale étant le seul remède possible.

Dilatation du pharynx. — A propos de cette affection fort rare et dont on ne possédait que quelques exemples, Valleix reproduit les renseignements contenus dans l'article bien connu sur ce sujet de Bérard (pharynx, *Dictionnaire en 40 volumes*) qui lui-même s'appuyait principalement sur le fait mentionné par Rokilanski.

Muguet. — Valleix (*Clinique des enfants nouveau-nés*) a laissé, comme on le sait, une étude remarquable des troubles morbides que l'on rencontre chez les enfants atteints de muguet. Il a tracé, d'avance pour ainsi dire, l'histoire de l'athrepsie de Parrot et son seul tort a été d'attribuer au muguet qui ne joue ici, en somme, qu'un rôle secondaire, une influence pathogénique primordiale. Il en fit une gastro-entérite spéciale ayant des déterminations pseudomembraneuses spécifiques, car on croyait encore que le mal était caractérisé par des dépôts fibrineux depuis les recherches de Lélut : « A peine eus-je fait quelques pas dans l'analyse des observations que j'avais ainsi recueillies, que je reconnus un fait qui, si je ne me trompe, doit jeter une grande lumière sur la nosographie des nouveau-nés et modifier considérablement les idées émises même dans les traités les plus récents. Il m'a été démontré que le muguet n'était point une simple affection de la bouche, une stomatite avec altération des sécrétions, comme le dit Billard, mais une maladie dont le siège est beaucoup plus étendu dans le tube digestif et dans laquelle on voit survenir un grand nombre de lésions secondaires. J'ai reconnu alors que, dans les traités des maladies des nouveau-nés, on avait fait un très grand nombre de maladies diverses en décomposant cette seule affection... » Il affirme que tous ses petits malades étaient bien portants et vigoureux avant le début du mal [1]. Il est probable que l'auteur avait assisté à une épidémie d'entérite de nature contagieuse, d'allure aiguë, assez fréquente à cette époque dans les hôpitaux d'enfants et précocement compliquée de muguet.

1. Il éliminait ainsi l'idée d'un état secondaire à une affection générale; ce que Blache venait d'établir dans une excellente étude.

6. — CHOMEL[1]



Sans appartenir précisément à notre spécialité, certains des grands médecins des deux premiers tiers du XIXe siècle y ont néanmoins joué nettement le rôle de précurseurs. Ils ont commencé à défricher le terrain sur lequel devaient pousser de si riches moissons. Bien qu'incomplets, leurs travaux sont restés ; les faits qu'ils ont rapportés sont souvent encore d'une utilisation journalière. Il semble que, par cela même, leurs successeurs leur doivent bien quelque attention et quelque reconnaissance.

Parmi eux, Chomel tient une place importante. C'est lui qui nous a, en somme, fait connaître ces granulations de la gorge, sur lesquelles on a tant écrit et souvent si mal à propos, mais dont on ne saurait, en tous cas, nier la portée pratique : car, c'est à cause des symptômes sinon dangereux, du moins désagréables, déterminés par elles, que tant de malades viennent à nous. D'ailleurs, le rôle de cet éminent maître, professeur des plus distingués, clinicien avisé, se rattachant par bien des côtés aux vieilles traditions hippocratiques, mais sachant accepter du présent les découvertes incontestables, et novateur en somme à sa manière, ne s'est point borné là; il a écrit avec Blache un excellent article sur les angines (sauf la variété diphtérique traitée par Guersant) dans le *Dictionnaire en 40 volumes*. Il nous a aussi fait connaître avant Louis, plus explicite il est vrai, les ulcères pharyngés de la fièvre typhoïde.

Parlons d'abord de l'étude, qu'il a faite avec son collaborateur, de la pathologie pharyngée presqu'entière (les troubles nerveux, les néoplasmes étaient pour ainsi dire inconnus à cette époque et tout se réduisait à peu près aux processus phlegmasiques). Tous deux se montrent de tendance éclectique. Sans tomber dans les divisions innombrables et parfois bien mal fondées de Boerhaave et de Sauvage, ils sont moins unicistes

1. Chapitre déjà publié dans les Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.

que Pinel ; ils ne pensent pas, comme ce dernier, que tout doive se réduire à un type unique, toujours le même au fond, quoique présentant quelques variantes. Ainsi que beaucoup de leurs prédécesseurs, ceux notamment de la période gréco-romaine (Hippocrate, Galien, Arétée, Cœlius Aurelianus), ils admettent que l'angine règne souvent d'une façon épidémique sous l'influence de certaines constitutions atmosphériques. Ils signalent à ce point de vue les travaux de Sydenham, de Pringle (Londres, 1744) et de Stoll (Vienne, 1779). Ils constatent, à ce propos, que l'affection peut se transmettre (épidémie du département du Lot, 1818), c'est-à-dire se montrer contagieuse, affectant, suivant les sujets atteints, un grand nombre de formes différentes (amygdalites phlegmoneuses, angines catarrhales et occupant l'isthme, le pharynx ou le larynx). Ils remarquent que, dans ces cas, le plus souvent on était à la saison chaude et que la température avait présenté un accroissement subit, notion qui ne pouvait être comprise alors, mais que la bactériologie devait expliquer facilement plus tard par la pullulation des germes pathogènes sous l'influence de la chaleur et de l'humidité. Du reste, ils constatent que les autres périodes de l'année n'en sont pas exemptes. Bien que la gorge puisse s'enflammer à tous les âges et quel que soit le tempérament, ils pensent, avec la plupart de leurs prédécesseurs et de leurs contemporains, que l'angine est surtout fréquente dans les jeunes années et chez les sujets lymphatiques. Ici encore cette constatation brutale et purement empirique ne trouva que plus tard son éclaircissement dans le développement variable, aux différents âges de la vie et suivant les individus des éléments lymphoïdes qui constituent l'anneau de Waldeyer. Chomel et Blache se rendent compte du reste que ni le refroidissement, ni les ingesta, ni les troubles dysménorrhéiques ne peuvent toujours être invoqués et que la cause reste parfois obscure. « Comme la plupart des phlegmasies, elle (l'angine) est alors due à des causes indirectes et l'on est réduit à supposer, dans celui qui en est frappé, une prédisposition inexplicable à en être atteint ». Aujourd'hui, on dirait que la virulence des microbes saprophytes de la bouche s'est réveillée sous l'influence d'une déchéance de l'organisme ou d'une lésion locale souvent insignifiante...

Ils adoptent, dans leur division principale, le point de départ topographique et distinguent nettement l'*amygdalite* de l'*angine* proprement dite. Ils acceptent, pour cette dernière, la répartition alors classique en gutturale (isthmique), pharyngée supérieure et pharyngée inférieure.

La *forme gutturale* aurait « son siège dans la membrane muqueuse qui revêt l'isthme du gosier, le voile du palais, ses piliers et les amygdales ». Les symptômes qu'ils lui assignent n'ont rien de bien nouveau et du reste ne sont qu'énumérés brièvement. Mais les auteurs ont du moins nettement entrevu les obstacles qui s'opposent au passage normal de l'air inspire. « Quelques malades ont de la peine à respirer par le nez ; ils sont obligés de tenir la bouche ouverte pendant le sommeil ; ce qui produit le dessèchement de sa membrane et du fluide qu'elle sécrète, et donne lieu au moment du réveil à des efforts très pénibles d'expuition, à la suite desquels le malade rejette des pelotons durs et quelquefois mêlés de caillots noirâtres ». En somme, on dirait actuellement que le cavum de ces individus participe à l'inflammation gutturale, ainsi que la partie postérieure des fosses nasales.

Bien que la terminaison par résolution soit regardée ici comme la plus fréquente, parfois il y aurait néanmoins formation de pus dans le voile ou les parties voisines (luette). Le diagnostic serait facile ; mais il ne faudrait pas prendre pour une lésion phlegmasique, chez les enfants, la teinte souvent très rouge de leur muqueuse isthmique. Billard avait déjà fait cette confusion.

L'*angine pharyngée supérieure* n'est, en réalité ici, que l'inflammation de l'oro-pharynx. « L'angine pharyngée peut occuper la partie supérieure du pharynx, *que l'œil aperçoit au fond de la bouche* ou sa partie inférieure qui se dérobe entièrement à la vue ». Ce tableau morbide serait à peu près le même que dans l'isthmite ; cependant Chomel et Blache notent en passant quelques particularités intéressantes. Ils reconnaissent que la muqueuse est « souvent luisante, sèche et recouverte, dans quelques points, d'un mucus très collant, qui ne s'en sépare que très difficilement dans les efforts d'expuition ou de déglutition, ou à l'aide de gargarismes ; la couleur grisâtre de ce mucus pourrait le faire prendre pour un ulcère syphititique si l'on n'était pas prémuni contre cette erreur ». Les lignes suivantes caractérisent encore plus nettement cet aspect sec de certaines pharyngites subaiguës. « L'évolution muqueuse n'est pas toujours augmentée, même à une période avancée de la maladie ; il n'est pas rare de voir la membrane muqueuse, sèche pendant tout son cours ». Ils mentionnent aussi l'allure spéciale d'une variété de toux qu'ils appellent gutturale.

La *pharyngite inférieure*, entrevue par les médecins grecs et ceux du moyen âge, signalée plus nettement dans les temps modernes, semble correspondre à nos abcès de la base de la langue

et à l'épiglottite. Invisible, mais se trahissant par la dysphagie qu'elle détermine, ne troublant pas la phonation, car elle n'occupe pas le larynx, elle se terminerait d'ordinaire par résolution. Cependant Chomel et Blache auraient vu deux fois le mal suppurer; le pus fut rejeté dans les efforts d'expuition.

Bien loin d'éprouver les terreurs des vieux médecins à propos de la synanche, ils se montrent très optimistes. « L'angine pharyngée et gutturale sont des maladies généralement exemptes de danger. Aussi a-t-on bien peu d'occasion d'examiner après la mort les parties phlegmasiées et de constater les altérations dont elles sont le siège, plainte dont Morgagni s'était déjà fait l'écho plus d'un siècle auparavant, et qui est restée exacte même aujourd'hui au grand dam des anatomo-pathologistes et fort heureusement pour les malades.

Amygdalite aiguë. — Du temps de Chomel et de Blache, les connaissances sur la structure des tonsilles étaient restées des plus rudimentaires. Leur nature lymphoïde avait complètement échappé aux investigations des anatomistes de l'époque, qui considéraient les amygdales comme constituées par des amas de glandes muqueuses, dont les sécrétions favoriseraient le passage du bol alimentaire, en déposant sur les parties latérales de l'isthme une sorte de vernis. Les cryptes passaient pour une disposition curieuse, mais sans importance physiologique ou morbide. L'existence d'une cavité rétroamygdalienne et même d'une aponévrose péritonsillaire n'avait encore été signalée par personne[1]. En somme, ce qu'on savait sur ces organes se réduisait à fort peu de chose. Cependant les notions que l'on possédait sur leurs affections, du moins celles de nature phlegmasique, présentaient déjà, grâce à l'observation clinique, un ensemble assez digne d'attirer l'attention, d'autant plus que la situation relativement superficielle des tonsilles mettait leurs lésions, pour ainsi dire, sous les yeux. Aussi, de bonne heure, les médecins ont distingué les amygdalites des autres processus inflammatoires qu'ils étaient exposés à rencontrer dans la gorge. Déjà, les auteurs de la période gréco-romaine séparaient la tonsillite de la synanche ou angine proprement dite. A la Renaissance et principalement aux temps modernes, grâce surtout aux recueils d'observations publiés par des praticiens renommés de l'époque, bien des faits intéressants furent publiés, qui permirent, notamment à propos des abcès de la région, de se faire une idée plus précise de l'allure de certains processus tonsillaires. Nous avons établi d'autre part (voir notre

1. Elle le sera un peu plus tard par Chassaignac.

Histoire des maladies du Pharynx, II[e] volume) le bilan de ces diverses acquisitions et nous avons insisté sur l'excellent travail du chirurgien Recolin. Nous avons montré que les fusées purulentes, résultant des suppurations amygdaliennes et surtout périamygdaliennes, avaient été assez bien entrevues, sinon leur point de départ. Les lacunes, ne permettaient pas à Chomel et à Blache de distinguer les altérations tonsillaires des péritonsillaires, ni de comprendre le rôle fondamental des cryptes ; néanmoins, ils ont tiré un bon parti des matériaux qu'ils avaient à leur disposition. Ainsi, ils justifient très nettement la différenciation, un peu intuitive jusqu'ici, qu'on avait établie entre l'angine proprement dite et l'amygdalite. « Cette maladie, disent-ils, nous paraît différer essentiellement des autres phlegmasies comprises sous la dénomination d'angine, par son siège dans un organe d'une texture particulière, par l'intumescence considérable qui l'accompagne, par la suppuration profonde (les Allemands diront interstitielle ou diphtérique) qui la termine fréquemment, et par l'induration chronique à laquellle elle donne lieu, lorsqu'elle s'est reproduite un certain nombre de fois ». Ils s'étonnent, à bon droit, de la bilatéralité habituelle des altérations morbides qu'on explique actuellement assez vraisemblablement par des connexions lymphatiques, et aussi par ce fait que les deux amygdales sont très rapprochées et que, par conséquent, les agents pathogènes à virulence exagérée de l'une peuvent, étant donné le peu de chemin à parcourir, facilement venir contaminer l'autre. Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, les contemporains de l'époque ne pouvaient pas même alléguer de raisons plausibles ; ils devaient se résigner à constater cette anomalie apparente. « Ce dernier cas (unilatéralité de l'amygdalite) est le plus rare et cette circonstance mérite d'être remarquée, car les autres organes doubles ne sont que rarement affectés à la fois d'inflammation. Sur quatre-vingt-dix cas de pleuro-pneumonie, observés à la clinique de l'Hôtel-Dieu en 1831 et 1832, il ne s'est présenté que deux sujets, chez lesquels l'inflammation occupait les deux poumons, tandis que sur trente-trois amygdalites, observées par M. Louis, trente fois la maladie était double ».

Chomel et Blache soutiennent que l'affection est en somme exceptionnelle dans la première enfance, ce qui n'est pas tout à fait exact. « On l'observe le plus souvent depuis dix jusqu'à vingt-cinq ans. » Ils admettent, bien entendu, leur rareté bien connue chez les sujets déjà mûrs et surtout chez les vieillards ; mais ils ne pensent pas que le sexe féminin y prédispose autant qu'on l'a dit. Si on élimine, en effet, les maux de gorge congestifs et les

états paresthésiques de la dysménorrhée, c'est-à-dire les fausses angines, les femmes ne semblent guère plus frappées que les hommes ; mais au début du XIX[e] siècle, cette distinction n'était pas facile, et il y avait quelque mérite à ne pas tomber dans l'erreur générale. Chomel et Blache sont peut-être moins heureux quand ils combattent une opinion de l'Hippocrate anglais. « Rien ne prouve non plus, comme le dit Sydenham, qu'elle affecte plus particulièrement les individus dont les cheveux sont roux. » En effet, cette teinte de cheveux s'accompagne souvent d'un lymphatisme prononcé, condition très favorable pour le développement des affections tonsillaires. Les variétés périodiques, décrites par quelques écrivains contemporains (congestives dysménorrhéiques ou hémorroïdales ?), sont mentionnées sans discussion suffisante. Les épidémies de tonsillites ne seraient, suivant eux, que des apparences dues à l'existence concomitante de la rougeole et de la scarlatine ; mais cependant il n'en serait pas toujours ainsi et, à ce propos, est citée une remarquable épidémie du département du Lot, rapportée par Meynenc. L'influence du froid, des plus manifestes, expliquerait pourquoi l'affection sévirait surtout au printemps et à l'automne, saisons où les variations brusques de température sont fréquentes. Enfin le mal pourrait être secondaire à la rougeole, à la scarlatine, à la variole, aux oreillons, etc.

Chomel et Blache distinguent un début purement local et un début par des symptômes généraux assez accentués, « analogues à ceux qu'on observe dans la plupart des phlegmasies aiguës ». Le tableau morbide qu'ils dressent de l'amygdalite aiguë est assez exact, mais sans grand relief. La dyspnée, disent-ils, est rare et ne s'observe que si la tuméfaction est suivie et accompagnée de l'accumulation d'un mucus très tenace. Les concrétions grises, membraniformes, portant à la confusion aves la diphtérie, sont signalées, ainsi que la présence chez certains sujets, de divers troubles auriculaires (douleur, surdité, bourdonnements). Le gonflement dans les cas suppurés (amygdalite phlegmoneuse) gagnerait le voile et les piliers, les déformant souvent à un haut degré. D'autre part, le trismus se montrerait très fréquemment, mais incomplet. L'évolution se ferait le plus souvent d'une façon rapide, sauf dans quelques cas traînassants. Les phlegmasies intenses se termineraient presque toujours par suppuration ; ce qui s'annoncerait par des douleurs pongitives.

La rupture de l'abcès aurait lieu le plus souvent pendant un effort pour cracher ; mais parfois on n'est averti de l'évacuation progressive de la collection purulente que par la fétidité des cra-

chats et de l'haleine. Les fusées purulentes sont aussi signalées. « A peine cite-t-on quelques cas, dans lesquels il (le pus) s'est frayé une voie au dehors, à la partie latérale et supérieure du cou ». Ce n'est que plus tard que Velpeau montrera l'importance de ces collections périamygdaliennes, dont il décrira du reste inexactement le siège, confondant la péritonsillite avec le phlegmon latéral du cou, beaucoup plus rare. Cependant, un peu plus loin, les auteurs reviennent sur les désordres anatomiques résultant des fusées purulentes d'origine amygdalienne. « Le pus, disent-ils, suit les gros troncs vasculaires et pénètre ainsi dans la poitrine, y déterminant des accidents promptement mortels. La terminaison n'est pas toujours la même dans les deux organes droit et gauche et souvent la suppuration a lieu dans l'une d'elles et la résolution dans l'autre. » Du reste, les plus grandes différences existeraient comme intensité, comme durée, comme évolution.

Les lésions anatomiques seraient fort mal connues à cause de la rareté des autopsies et du caractère le plus souvent secondaire des altérations morbides observées chez les sujets qui ont succombé au cours d'une toute autre maladie.

Quant au traitement, les adoucissants (boissons chaudes, mucilagineuses) sont d'abord conseillés. Les gargarismes ne seraient pas toujours indiqués à cause de la violence des douleurs et de l'impossibilité de déglutition. Comme dérivatifs, Chomel et Blache signalent les pédiluves et les lavements. Quant aux émissions sanguines, si longtemps en honneur, ils en sont médiocrement partisans, les réservant pour des cas spéciaux tout particulièrement intenses. L'incision serait précocement indiquée quand les phénomènes de tuméfaction produisent une suffocation menaçante. Les écrivains mentionnent, mais sans se prononcer sur leur efficacité, les insufflations d'alun (Grenier, de Nantes) et de carbonate de chaux en poudre (Guyton de Morveau).

Angine secondaire de la fièvre typhoïde. — Dans sa monographie sur la fièvre typhoïde. Chomel mentionne brièvement chez quelques malades, de la dysphagie légère, un certain état catarrhal; enfin, il aurait constaté, mais tout à fait exceptionnellement, à la période d'état ou à un stade plus avancé, des ulcérations arrondies et peu nombreuses disséminées çà et là ; il ne se livre à aucune considération à propos de ces lésions morbides, qu'il semble considérer comme des surprises d'autopsie et ne signaler que pour mémoire. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'on en reconnaîtra l'importance et la signification véritable.

Angine granuleuse. — Les auteurs de l'antiquité avaient entrevu que les processus inflammatoires du pharynx prennent par-

fois une allure traînassante et même chronique ; mais leur attention n'avait guère été attirée que sur l'hypertrophie tonsillaire. Chomel a eu le mérite de faire ressortir qu'à côté de celle-ci, il existait une pharyngite chronique disséminée dans toute l'étendue de la cavité de l'organe. Certes, il n'a qu'une conception assez étroite de celle-ci. Il fait jouer à la granulation un rôle tout à fait disproportionné ; de plus, il n'a guère en vue que les causes dites professionnelles ; néanmoins le service qu'il a rendu ainsi à la pathologie pharyngée est des plus considérables. On a dit que Chomel avait eu des précurseurs et on a cité Gaillard, de Poitiers ; mais on oublie que la note publiée par celui-ci quelques mois avant la leçon de Chomel parue dans la *Gazette médicale*, en 1846, est des plus courtes et assez insignifiante en somme. Elle est tout entière destinée à faire ressortir l'influence des diathèses sur les affections pharyngées ; ce n'est qu'en passant qu'il signale, chez un malade atteint depuis longtemps de récidives continuelles d'angine, l'existence de petites saillies. « Le fond de son gosier était inégal et couvert d'une douzaine de petits mamelons ou monticules ovales », qui lui firent diagnostiquer la nature herpétique du mal, hypothèse qui fut confirmée par l'éruption postérieure de vésicules sur le visage. En somme, Gaillard devait songer à des lésions de nature plus ou moins pustuleuses et d'allure éruptive et non à des élevures persistantes et de nature solide. Chomel reconnaît, au contraire, parfaitement cette chronicité et il en fait un des attributs principaux du mal qu'il décrit.

Il est probable que les granulations pharyngées commençaient à attirer l'attention sinon des nosologistes, du moins des praticiens, et que ceux-ci avaient fait part de leurs observations à Chomel ; car on retrouve la phrase suivante dans la leçon où elles furent mentionnées et décrites pour la première fois : « Parmi le petit nombre de médecins qui ont porté leur attention sur cette affection, quelques-uns l'ont traitée comme une inflammation chronique, mais sans succès. » Bien qu'ignoré jusqu'ici, le mal ne serait pas aussi rare que cette circonstance pourrait le faire supposer. « Depuis un an environ que l'attention de M. Chomel a été portée sur cette affection, il en a recueilli environ trente cas, dont vingt-deux ont été vus et observés par lui-même et les autres par M. Guéneau, son chef de clinique. M. Marjolin en a également rencontré un certain nombre qui sont venus confirmer les observations de M. Chomel. » La période de la vie où surviennent les lésions gutturales à type si particulier, est très nettement affirmée. Elles se montreraient « plus particulièrement à l'âge adulte. Il n'en a

pas été rencontré au-dessous de quinze ans [1]. Le plus grand nombre avait plus de vingt ans ». Le sexe masculin serait beaucoup plus atteint que le féminin. Chomel s'explique la chose par un genre de vie différent ; et, à ce propos, il incrimine les causes dites professionnelles. « Les personnes sur lesquelles la maladie a été le plus souvent observée sont des chanteurs, orateurs, avocats, professeurs ou instituteurs, en un mot les individus qui font un grand exercice de la parole ou de la voix. » L'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris connaissait donc, bien avant l'américain Green, toute l'importance de ce facteur étiologique.

Tout en ignorant la nature des granulations qui compliquent souvent les végétations adénoïdiennes, Chomel s'est parfaitement rendu compte du syndrome clinique qui caractérise celles-ci. Il faut, dit-il, incriminer « en première ligne une conformation particulière des os maxillaires supérieurs dont la voûte est disposée en ogive. Il résulte effectivement de cette disposition de la voûte palatine des modifications qui peuvent, jusqu'à un certain point, rendre compte de la production de ces phénomènes morbides. Ces modifications sont l'étroitesse des fosses nasales, le raccourcissement des lèvres qui ne s'appliquent jamais exactement, hermétiquement l'une contre l'autre, et qui, pendant le sommeil surtout, restent constamment entr'ouvertes. Les sujets ainsi conformés dorment habituellement la bouche ouverte, et, à leur réveil, ils ont toujours la bouche sèche. Par suite de cette circonstance, les follicules du pharynx se développent outre mesure, comme pour suppléer des humeurs buccales incessamment desséchées par le passage réitéré de l'air ».

La *symptomatologie* serait constituée par des troubles peu intenses, mais désagréables. « Les phénomènes qui caractérisent cette affection sont un sentiment obscur de gêne dans l'arrière-gorge avec sensation de sécheresse et sécheresse réelle, une certaine impression de démangeaison et d'âcreté dans cette région qui déterminerait de fréquents mouvements de déglutition involontaire et d'aspiration sonore [2]. Chez quelques individus, ces diverses sensations se prolongent jusque dans l'œsophage ; elles sont fréquemment accompagnées d'un besoin de boire. L'expectoration offre un caractère particulier : c'est un liquide muqueux, gluant, transparent, qui s'échappe sous forme de

1. Lasègue montrera que les enfants, dénommés actuellement adénoïdiens sont atteints fréquemment de granulations pharyngées, mais à évolution et à caractères spéciaux.

2. Le hem de Green, le raclage d'autres auteurs.

globules, d'une teinte légèrement opaline, offrant quelques stries noirâtres ardoisées. La voix est toujours plus ou moins altérée. » Derrière ce complexus symptomatique, il y aurait des lésions assez caractéristiques. « A l'examen de l'arrière-bouche, on trouve la membrane muqueuse du pharynx couverte de petits points rouges, se présentant le plus ordinairement sous la forme et le volume de petits grains de chènevis. D'autres fois ces points sont plus saillants, plus volumineux, lenticulaires, ovoïdes ou sous la forme de larmes. Dans quelques circonstances, les granulations sont groupées de manière à représenter soit un chapelet, soit une sorte de *pilastre* [1]. Ces formes sont, du reste, extrêmement variées; on ne saurait mieux les comparer, dans quelques cas, qu'à des sortes d'arabesques; la forme la plus commune est celle de disques ou de mamelons. » Le mal envahirait les régions voisines notamment le voile. L'auteur fait remarquer ensuite qu'entre les granulations, « la muqueuse conserve son aspect ordinaire ».

Quant à l'évolution, « la marche de l'affection est constamment chronique. Elle est marquée par des rémissions et des exacerbations alternatives. Les malades éprouvent, en général, une plus grande gêne dans les temps froids et humides. *La durée est illimitée.* Elle ne cesse jamais d'elle-même. Elle résiste même quelquefois à tous les modes de traitement qu'on dirige contre elle ».

Admettant que la pathogénie de ces troubles morbides était diathésique et qu'ils relevaient de l'herpétisme, Chomel préconisa les sulfureux, principalement l'eau d'Enghien, parce qu'en outre du soufre, elle renferme une certaine quantité de chaux. En désespoir de cause, il recourait aux caustiques pour détruire les granulations, et il employait surtout ceux de nature liquide.

1. Les faux piliers des auteurs allemands.

1. — MONNERET

Si l'on n'a égard qu'aux idées souvent fort intéressantes, émises par lui en pathologie pharyngée, le rôle de Monneret semblerait *a priori* avoir été des plus importants. En réalité, il n'en fut pas ainsi ; car il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici d'un isolé, d'un précurseur parfois, non d'un chef d'école, dont les doctrines sont acceptées par des disciples fidèles et nombreux. Ceci s'explique assez facilement du reste, d'abord, par le caractère indépendant de l'auteur, travailleur acharné, très érudit et de grande valeur, mais tant soit peu timide et aimant assez à se tenir à l'écart. Un autre motif a été les opinions hétérodoxes qu'il a émises sur la diphtérie, l'affection de la gorge fondamentale en quelque sorte à cette époque, ainsi que nous l'avons montré autre part (voir volume IV de notre *Histoire des maladies du pharynx*), de laquelle on s'efforçait de distinguer les autres processus morbides plus ou moins similaires, lorsqu'ils paraissaient devoir prêter à quelque confusion (d'où la répartition célèbre de Vidal des affections gutturales en angines blanches et en angines rouges). Ainsi, contrairement à Bretonneau et à ses disciples, Monneret et son collaborateur du *Compendium de médecine*, Delaberge, soutinrent que l'angine gangreneuse ne devait nullement être rayée du cadre de la nosologie et ils appuyèrent cette affirmation sur une savante critique historique des faits que possédait alors la littérature médicale. Beaucoup plus tard, s'appuyant sur de longues recherches anatomo-pathologiques et expérimentales, l'écrivain que nous étudions prétendit, comme Roche l'avait admis autrefois, que les fausses membranes étaient dues à une exsudation hématogène, à une diapédèse, dirait-on aujourd'hui, et non à une inflammation ; ou plutôt celle-ci se bornerait à déterminer une exsudation sanguine spéciale à la surface des muqueuses atteintes. Mais, pour soutenir pareille hypothèse, il fallait tout un ensemble de preuves que la science ne possédera que beaucoup plus tard, grâce au génie investigateur de Cohnheim, beaucoup mieux armé que son prédécesseur français pour tout ce qui a trait à l'histologie.

Dans le présent chapitre nous allons passer successivement en revue : 1° le compendium de médecine ; 2° les travaux ultérieurs qui sont entièrement dus à Monneret et qui appartiennent à une époque passablement différente de la première par l'ensemble des doctrines médicales.

1. Compendium de médecine

1. **Angine gangreneuse.** — La partie la plus originale et la plus saillante de l'œuvre de Monneret et de Delaberge, en nosologie gutturale, est, comme nous l'avons dit plus haut, ce qui a trait à l'angine gangreneuse. Entraînés par les affirmations de Bretonneau, de Guersant, de Trousseau, les médecins de l'époque avaient peu à peu admis que l'aspect putrilagineux de l'arrière-gorge n'était qu'une illusion due à la décomposition des fausses membranes de la diphtérie. Tout au plus, faisait-on des réserves pour la diphtérie secondaire à la scarlatine (Guersant).

Les nombreux faits, contradictoires à une opinion aussi tranchée que l'on pouvait trouver dans les écrits des siècles précédents, semblaient des erreurs d'interprétation. D'ailleurs, en cette période novatrice par excellence, où l'art de guérir subissait des transformations si radicales, l'œuvre du passé était sinon repoussée, du moins délaissée et tenue en suspicion.

Delaberge et Monneret connaissaient, contrairement à la grande majorité de leurs contemporains, fort bien l'histoire de la médecine, ainsi qu'en témoigne leur ouvrage d'une érudition aussi sûre qu'abondante. Il leur parut que les cliniciens éminents du XVIIe et du XVIIIe siècle n'avaient pas pu se tromper aussi grossièrement qu'on le supposait et ils le dirent avec une autorité indiscutable, qui finit par faire impression, à mesure que les lésions de la gorge étaient mieux connues.

Pour mieux faire comprendre la nature des arguments employés, nous croyons utile de faire à ces deux auteurs de nombreux emprunts, d'autant plus que leur œuvre, quelqu'importante qu'elle soit au point de vue doctrinal, est généralement ignorée de l'époque actuelle. Dans une discussion préliminaire des travaux antérieurs, ils montrent d'abord combien l'anatomie pathologique était restée incertaine jusqu'à une période toute récente. « Cependant, disent-ils, en compulsant les principaux faits que possède la médecine dans ses archives, et dans les cas évidents où l'angine gangreneuse s'est manifestée, on a rencontré les altérations suivantes : une inflammation érysipélateuse non seulement dans l'arrière-bouche, mais encore au larynx et aux bronches d'une part, à l'œsophage, à l'estomac et au conduit alimentaire de l'autre

(Ozanam, *Hist. méd. génér. et part. des épidémies*, 1835, t. III, p. 72). — Les auteurs ont vu que cette espèce d'inflammation non franche avait commencé dans les premières voies des canaux aériens et digestifs, d'où elle s'était propagée plus loin. Toutes les muqueuses de ces parties sont couvertes d'aphtes ou d'escarres gangreneuses, noires au centre et entourées d'un cercle brun et livide ; les amygdales réduites en ulcères de même nature, les parotides et les glandes sous-maxillaires très engorgées. Lorsque la maladie arrive jusqu'à la fin du deuxième ou au milieu du troisième septenaire, c'est alors que le poumon, l'estomac, le duodénum et même le gros intestin, participent à l'affection locale, et en portent des marques plus ou moins profondes. Dans ce cas, l'état pathologique annonce toutes les traces d'une gastro-entérite, mais qui n'est absolument que par irradiation et secondaire.

« Morgagni (Epis. 14, § 3) eut occasion de remarquer que les vaisseaux du cerveau étaient distendus par le sang. Il y avait un peu d'eau sanguinolente dans les ventricules latéraux.

« Ces faits ont été confirmés par quelques fragments détachés que l'on rencontre épars dans les auteurs, et préludent en quelque sorte à des recherches ultérieures. »

Monneret et Delaberge n'hésitent pas à soutenir que la caractéristique principale du processus diphtérique est la congestion hémorragique et non l'inflammation, contrairement à l'angine gangreneuse vraie. Ainsi, dans un recueil d'observations de 1808, relatives au croup, on trouve (p. 67) : « Dans l'angine gangreneuse, l'intérieur de la bouche est d'un rouge cramoisi et se couvre de taches grisâtres, qui, s'étendant en largeur et en profondeur, noircissent souvent, se détachent et laissent à nu des ulcères douloureux » (Michaelis, Schwilgué, Dreysig). — Roche écrit (*Dict. de méd. et de chirur. prat.*, t. II, p. 554) : « Il doit nous être actuellement bien démontré que l'angine couenneuse est une tout autre maladie que l'amygdalite et la pharyngite ordinaire, ce que décident, à mon avis, les caractères anatomiques. »

« Presque tous ceux de l'angine couenneuse appartiennent aux hémorragies, autant et plus, peut-être, qu'aux inflammations ; les taches brunâtres dont le centre est plus foncé que la circonférence, les petits points violets, disposés en lignes longitudinales, le sang noir qui gorge tous les tissus malades, tout atteste qu'il s'est fait là une véritable hémorragie. »

Dans l'angine gangreneuse, au contraire, l'allure serait tout autre, et ressemblerait à celle d'une affection érysipélateuse maligne, accompagnée de phénomènes généraux ataxiques ou ataxo-adyna-

miques fort graves, le plus souvent à terminaison fatale. Fothergill, bien qu'il ait eu le tort de confondre le garotillo avec l'angine scarlatineuse maligne, avait déjà familiarisé le public médical avec ce type morbide d'une gravité extrême, et le réformateur de la nosologie, Pinel, avait vulgarisé les idées de celui-ci en France. Monneret et Delaberge ne manquent pas de rappeler son opinion. Les parties malades, disent-ils, étaient le siège d'un érythème assez prononcé. Des hémorragies fréquentes par les fosses nasales, la gorge, les selles étaient un présage de mort ; le pouls, petit, misérable, irrégulier, inégal témoignait de l'affaiblissement du sujet.

Ils n'ignorent point les lésions *nécrobiotiques*, que les épidémiologistes anglais avaient signalées au cours de l'angine *scarlatineuse*. C'est à Twedie (*Cycl.* of pract. med., t. III et IV) qu'ils en empruntent la description.

« A l'affection de la gorge, quelquefois à l'exanthème cutané, se joint un grand trouble des actes encéphaliques et souvent une phlegmasie pulmonaire ou une inflammation de l'intestin. Le pouls est mou et fréquent au début, puis petit et irrégulier et rapide ; insomnie, anxiété, délire.

« Une éruption de scarlatine survient un certain temps après le début des accidents, à durée très variable, et disparaissant tout à coup. Température chaude au tronc, froide aux extrémités ; l'arrière-bouche, le gosier ne présentent pas une tuméfaction considérable, mais sont d'un rouge foncé et paraissent envahis par des escarres grisâtres entourées d'une teinte livide. D'autres fois, on voit un gonflement et une rougeur très vive qui occupent le voile du palais, la luette, les amygdales et le pharynx. Dans les cas tout à fait graves, les accidents du début sont plus accentués ; le pouls est petit, rapide, à peine sensible ; stupeur, coma ou violent délire. En même temps les téguments présentent une éruption de couleur violette. Tweedie a souvent observé, sous forme de bronchite latente, une lésion des voies respiratoires...

« Le sang paraît subir une altération profonde qui a été notée par quelques auteurs et que Huxham, en particulier, décrit avec soin (*Dissert. sur le mal de gorge avec ulcères malins*, Paris, 1764, in-12, p. 458).

« Dans une grave épidémie décrite par le Dr Withering (*Account of the scarlet fever and sore throat*, p. 18), on trouve, après le tableau des accidents ordinaires, l'exposition des formes dangereuses qu'elle (l'affection) revêt communément.

« Il arrive quelquefois que des sujets subitement meurent le second, troisième ou quatrième jour. »

Delaberge et Monneret reconnaissent avec Guersant que ce tableau morbide se retrouve surtout au cours de la scarlatine, mais il serait exagéré, suivant eux, de penser qu'il en est toujours ainsi. Comme ils ne savent, pas plus que Fothergill, distinguer l'angine avec ou sine scarlatinis du garotillo, ils attribuent à l'angine gangreneuse nombre de faits qui ressortent en réalité de la diphtérie, ainsi qu'en témoigne le passage suivant :

« L'angine gangreneuse règne ordinairement sous forme épidémique, rarement elle sévit sur quelques individus isolés. Elle survient presque toujours primitivement et en des circonstances qui lui sont propres. D'après les auteurs (Marc-Aurèle Séverin, Huxham, Dubourg, Rudolphe Zaff, Raulin, Lepecq de la Cloture, Ramsey, Denmann, Ozanam), elle sévit plus particulièrement sur les enfants ; mais, dans certaines épidémies, elle a atteint tous les individus d'une même localité sans distinction d'âge ou de sexe.

« D'après Renauldin (*loc. cit.*, p. 132), les enfants, les adolescents, les femmes, les tempéraments mous et lymphatiques y sont plus particulièrement exposés.

« L'état froid de la température, l'humidité, les brouillards ont été aussi incriminés par Forestus, Schenckius, Huxham, Barbosa et d'autres.

« Arétée l'a attribuée à la sécheresse de l'air. Il notait d'ailleurs d'autres circonstances.

« La contagion a été aussi souvent notée par les auteurs comme cause des maux de gorge malins.

« Suivant Renauldin, toutes les influences de nature débilitante doivent donner lieu à cette maladie. »

Quant à la pathogénie, le sphacèle du pharynx ne serait pas le simple résultat d'une exagération du processus phlegmasique habituel, comme le pensaient les anciens nosologistes et comme le soutenaient les adeptes de Broussais. Il s'agirait au contraire d'une maladie essentiellement maligne, déterminant d'emblée des lésions fort graves et d'une nature toute spéciale. A ce sujet, ils rappellent l'opinion de deux célèbres anatomo-pathologistes de l'époque.

« En traitant de la gangrène (*Précis d'anat. pathol.*, t. I, p. 193), Andral parle ainsi : « Il est plus d'un cas où l'ulcération ne saurait être considérée comme le résultat d'une simple affection locale; comme beaucoup d'autres lésions de circulation, de nutrition ou de sécrétion, elle n'est qu'un des modes de manifestation d'un état morbide général, dont l'existence se révèle

par les lésions locales les plus diverses sous le double rapport de leur siège et de leur nature apparente. »

« Lobstein (*Traité d'anat. pathol.*, t. I, p. 291) est plus explicite qu'Andral, il dit : « Je crois que c'est le sang qui « éprouve le premier la fâcheuse influence qui le dénature ; que « c'est par lui que la mort commence, pour se communiquer « ensuite aux solides avec lesquels ce fluide est en contact. »

« Nous pensons qu'Andral et Lobstein ont parfaitement établi, dans ces deux passages, les circonstances qui président au développement de l'angine gangreneuse. »

Continuant à passer en revue les auteurs qui ont parlé de l'affection, « Sauvage, disent les deux écrivains, a mentionné les maux de gorge malins dans la classe troisième des phlegmasies, dans l'ordre troisième des phlegmasies parenchymateuses au paragraphe XX, sous le nom de *Cynanche maligna gangrœnosa.* La plupart des auteurs ont donné l'histoire de cette maladie en traitant de l'angine ; cependant quelques-uns pensent qu'on devrait la rattacher à l'étude de la scarlatine. »

L'historique ancien suivant est presque textuellement celui de Fothergill et empreint des mêmes erreurs.

« Un passage d'Hippocrate pourrait faire supposer que le vieillard de Cos a eu connaissance de cette maladie (*Progn.*, sec. III, n° 26).

« Arétée, de Cappadoce (*De sug. et caus. acut. morb.*, lib. I, cap. I), a tracé les principaux traits de cette affection. Il dit : « Parmi les ulcères qui attaquent les amygdales, il y en a qui sont en quelque sorte familiers et d'une nature douce et bénigne. D'autres qui ont quelque chose d'étranger, de pestilentiel et qui tuent. » Les premiers sont petits, superficiels, purs, sans douleur et sans inflammation; les seconds, larges, creux, solides, et forment une concrétion blanche, ou livide, ou noire et, ici, Arétée entre dans des détails remarquables sur les principaux accidents.....

« Cœlius Aurelianus (*Act. morb.,* lib. III, cap. I et II) décrit l'affection connue sous le nom de cynanche et caractérise avec soin ses principales terminaisons.

« Suivant Ozanam et d'autres auteurs, Aetius, d'Amide, aurait traité, avec détail, des maux de gorge gangreneux (Tetrab. II, serm. IV, C. XLVI, col. 397).

« Pierre Forestus (*loc. cit.*) décrit avec précision un mal de gorge épidémique qui régna à Alkmaert, en Hollande, et dont il fut lui-même atteint.

« François Nola (*loc. cit.*) donne une description exacte de la

maladie qui, alors même, régnait épidémiquement à Naples.

« La même année, elle ravageait aussi la Castille. Juan de Villareal, François Perez, Caseales (*loc. cit.*) la regardèrent comme une maladie nouvelle; ils lui donnèrent le nom espagnol de *garrotillo*.

« Le mal reparut dans les états napolitains; Marc-Aurèle Sévrin publia sur ce sujet un travail intéressant qui doit être considéré comme un commentaire, basé sur l'observation des faits, depuis longtemps émis par Arétée.

« On trouvera dans le travail de Jean Fothergill (*On the sore throat attended with ulcers*, 1788, London) un extrait sommaire des principaux travaux entrepris jusqu'au moment de la publication de l'ouvrage; dans l'histoire de la médecine de Kurt Spengel (*loc. cit.*), dans le traité de la diphtérite de M. Bretonneau, dans le Mémoire de M. Deslandes, dans l'ouvrage de M. Ozanam, et en d'autres écrits, une indication bibliographique détaillée et une analyse plus ou moins complète des principales recherches entreprises à ce sujet. »

En résumé, le principal mérite des deux auteurs est d'avoir rappelé qu'il existe des angines très malignes d'emblée, d'allure septique, typhoïde, bien différentes par conséquent de la diphtérie ordinaire, et dans lesquels le sphacèle apparaît fréquemment. C'était là une notion précieuse, mais qui ne recevra qu'ultérieurement ses développements nécessaires, comme nous le dirons à propos de Gubler.

Voici, d'après Monneret et Delaberge, quelle serait l'*allure clinique* de l'affection.

« Les symptômes qui caractérisent l'angine gangreneuse se manifestent d'ordinaire dans l'ordre suivant : vertiges, frisson suivi de chaleur intense au début; céphalalgie, douleur de gorge, gêne assez prononcée dans les mouvements de rotation ou de flexion du cou, fétidité de l'haleine, nausées, vomissements, diarrhée. »

Les piliers du voile du palais, les tonsilles se colorent, disent-ils, en rouge pourpré; quelquefois une tache, étendue, irrégulière, d'un blanc sale à son centre, circonscrite à son pourtour par un liseré violacé s'établit à la voûte palatine ou en toute autre région. Bientôt le visage, le cou, la poitrine, les mains et les doigts se teintent en rouge, s'il s'agit de la scarlatine. L'arrière-gorge prend bientôt un aspect livide, grisâtre, arrivant insensiblement au noir, puis, peu à peu, les parties qui semblaient privées de sensibilité répandent une odeur fétide caractéristique. Lorsque le malade vit assez longtemps pour que la gorge se déterge, on

voit les escarres se détacher, laissant à découvert d'énormes pertes de substance.

La mort surviendrait le plus souvent d'une façon précoce ou bien elle résulterait finalement de l'épuisement du malade.

L'absence de fausse membrane, la gravité des symptômes généraux distinguerait assez facilement l'angine gangreneuse vraie de la diphtérie.

2. **Phlegmasies vulgaires.** — Les inflammations communes de la gorge, quoique moins importantes à consulter, sont néanmoins d'une lecture intéressante.

L'*angine gutturale simple* est nettement divisée en primitive et en deutéropathique, cette dernière variété relevant de maladies générales diverses (fièvres exanthématiques, fièvre typhoïde) et présentant une allure spéciale que les auteurs caractérisent en quelques mots. La terminaison par suppuration serait rare, mais s'observerait chez certains sujets. Les accidents généraux, tels que fièvre intense, constitueraient également des exceptions. En outre des lésions catarrhales ordinaires, on en verrait parfois d'autres beaucoup moins fréquentes.

« Tantôt des vésicules plus ou moins nombreuses se dessinent sous la muqueuse palatine qui devient rouge vif ou violacé, bleuâtre; tantôt des taches brunâtres, livides, foncées, recouvrent les piliers de l'isthme du gosier.

« Alors se manifestent quelques troubles fonctionnels : le soir, de la chaleur, de l'aridité du gosier; parole difficile, enrouement, difficulté de la déglutition; fièvre rare.

« L'angine gutturale aiguë parcourt rapidement toutes ses périodes; en quelques jours, parfois quelques heures, elle marche vers la résolution; mais il n'en est point de même à l'état chronique. Elle se manifeste sous les influences les moins graves en apparence.

« En un ou deux septenaires, l'angine gutturale aiguë guérit, tandis que l'angine gutturale chronique dure des mois, quelquefois des années. La résolution est le mode ordinaire de terminaison.

« Assez souvent, cette variété d'angine précède, suit ou accompagne l'amygdalite. Cette complication constitue la tonsostaphylite de Broussais (*Cours de pathol. et de thérap. gutturale*, t. I, p. 369, 1834).

« Il est toujours facile de reconnaître cette angine puisqu'elle sévit sur des parties accessibles à l'œil. C'est une affection peu redoutable, mais l'angine chronique est fort incommode; il faut la surveiller et la combattre avec persévérance. »

Delaberge et Monneret résument assez bien dans le passage suivant les idées de l'époque.

« Ses causes sont les mêmes que celles de l'amygdalite pour la plupart. Elle est quelquefois épidémique et Mayenc l'a observée, en 1818, dans l'arrondissement de Gourdon.

« C'est au printemps, par des changements brusques de température, qu'elle sévit sur un grand nombre d'individus. Le froid humide, les refroidissements quand on est en sueur, le froid des pieds, l'augmentation subite de la température avec l'augmentation de l'humidité la favorisent.

« Elle atteint tous les âges et les deux sexes, mais elle est plus fréquente chez les enfants, jeunes gens et les personnes à système sanguin très développé. Quand elle se manifeste à l'état chronique, l'influence la moins nuisible, en apparence, entraîne la récidive des accidents. »

Comme à leur habitude, les auteurs étudient, brièvement il est vrai, les phases diverses par lesquelles a passé la question.

« On trouvera, dans les savants commentaires que Van Swieten a émis sur les aphorismes de Boerhaave (*Lugd. Bat.*, 1759, t. II, p. 618) une indication sommaire des travaux qui ont été entrepris à ce sujet et une histoire assez détaillée des principaux accidents qui caractérisent cette maladie.

« Sydenham n'a présenté que quelques observations. Hoffmann n'a apporté que des considérations générales. Sauvage n'en a point tracé l'histoire particulière. Nous ne nous répéterons pas.

« On sait comment Pinel a envisagé le sujet, décrivant sous le nom d'*angine gutturale* toutes les formes d'angines qui sont susceptibles d'affecter la terminaison supérieure du tube digestif.

« Renauldin (*Dict. des Sc. méd.*, t. II, p. 116) en a tracé les principaux caractères, et l'a présentée comme déterminée par l'inflammation d'une ou plusieurs des parties de l'arrière-bouche. Depuis, cette distinction a été presque universellement adoptée et tout récemment par Roche, Chomel et Blache. »

Contrairement à Pinel et à Broussais, Monneret et Delaberge étudieront donc dans un chapitre séparé l'amygdalite, bien que, comme ils le reconnaissent, cette affection coïncide fréquemment avec l'angine gutturale.

Les divisions qu'ils croient devoir adopter sont assez nombreuses et de valeur manifestement inégale. D'ailleurs, les deux écrivains n'insistent guère.

« L'*amygdalite* diffère suivant qu'elle frappe une tonsille, suivant qu'elle est simple ou qu'elle complique une autre maladie, comme la pléthore, un embarras gastrique, la scarlatine,

la syphilis, la scrofule, etc. ; suivant qu'elle offre une marche rapide ou qu'elle se prolonge ; suivant qu'elle se termine par résolution, par ulcération, par gangrène, par suppuration ou par induration. »

En réalité, ils n'admettent que deux sortes principales de tonsillite.

« Dans l'exposé, on doit présenter l'histoire de l'amygdalite sous deux formes : aiguë et chronique, auxquelles se rattacheront toutes les variétés citées. » Parlant du siège des lésions, ils utilisent un travail récent pour distinguer les altérations péri-amygdaliennes des amygdaliennes, sujet sur lequel Lasègue reviendra plus tard.

« Les amygdales, suivant Velpeau (*Traité d'Anat. chirurg.*, t. I, p. 158), s'enflamment de deux manières différentes : c'est-à-dire que l'état phlegmasique peut se manifester à la surface du tissu muqueux et produit pour l'ordinaire des fausses membranes de différentes espèces, qui en ont maintes fois imposé pour des ulcères et même pour de la gangrène ; ou bien c'est dans le tissu interfolliculaire et sous-muqueux que les phénomènes inflammatoires ont principalement leur siège : dans ce dernier cas, ils tendent à former un abcès et constituent un véritable phlegmon ; en se reproduisant un grand nombre de fois, ils déterminent souvent aussi l'induration. »

Les deux auteurs utilisent également les recherches des anatomopathologistes tels que Bonnet, Morgagni, Cruveilhier, Andral surtout, dont le traité était alors fort à la mode. Les différentes espèces d'angines lacunaires sont signalées avec assez de précision.

« Ainsi, comme le remarque Andral, quelquefois le tissu cellulaire, situé entre les follicules qui constituent ces organes, offre une augmentation notable d'épaisseur et de densité ; d'autres fois, ce sont les parois des follicules mêmes qui sont indurées, épaissies ou ramollies.

« Le liquide sécrété dans les lacunes est converti en pus, ou bien en une matière concrète, friable, ressemblant à des grumaux tuberculeux. Ces divers produits paraissent être contenus tantôt dans une seule lacune considérablement agrandie, et tantôt dans une cavité formée par la réunion accidentelle de plusieurs de ces lacunes. »

Voici ce qui montre bien qu'on avait déjà entrevu la variété chancriforme de Moure : « Cette inflammation donne lieu, parfois, à des pertes de substances, à des ulcérations simulant la syphilis (Portal, *Anat. méd.*, t. IV, p. 509). D'autres fois, la

terminaison a lieu par gangrène (Renauldin, *Dict. des Sc. méd.*, t. II, p. 118). »

Voici maintenant pour les *calculs tonsillaires* :

« On a trouvé quelquefois des concrétions calculeuses dans les amygdales (Meckel, *Man. d'anat.*, t. III, p. 328).

« Les follicules dont se compose le tissu glandulaire des amygdales acquièrent, sous l'empire d'une irritation chronique, trois, quatre ou six fois leur volume ordinaire, en même temps que les cloisons intermédiaires présentent une épaisseur proportionnée. La sécrétion plus abondante fournit une humeur condensée ; l'absorption de ses parties les plus fluides donne naissance à des concrétions de couleur et de consistance de fromage, du volume d'un pois, qui répandent une odeur infecte, écrasées entre les doigts. Ces corps étrangers renfermés dans les cellules de la glande entretiennent l'irritation. Ils apparaissent quelquefois à la hauteur de l'amygdale. Ces diverses altérations sont quelquefois constatées sur le sujet vivant par l'inspection ou l'incision des cryptes ; rarement après la mort, surtout dans l'amygdalite simple. On trouve cependant, dans Morgagni (*De sed. et caus.*, etc., épist. XLIV, § 3), une observation suivie d'autopsie qui présenta les altérations suivantes : le voile et la partie mobile du palais étaient sains, mais la muqueuse des tonsilles était épaissie ; les tonsilles elles-mêmes étaient tuméfiées, surtout la gauche était indurée et répandait du pus par pression. D'autres altérations frappant sur d'autres parties existaient qui probablement entraînèrent la mort. »

« A propos de la bilatéralité habituelle du mal, des recherches récentes avaient été faites, notamment par Louis. D'après les auteurs, l'amygdalite serait le plus souvent double. Sur soixante-quatorze cas, neuf seulement siégeaient d'un seul côté ; mais presque toujours une amygdale est plus prise que l'autre ; souvent l'inflammation procède de l'une d'elles pour se partager à l'autre.

« Bosquillon (*Annot. à la méd. prat. de Cullen*, t. I, p. 232) admet que cette maladie n'attaque souvent qu'une amygdale, que, si elles sont atteintes toutes les deux, l'une l'est plus que l'autre, et que, quand il en est ainsi, la maladie est facile à guérir. »

Le tableau symptomatique que les deux auteurs tracent de l'affection n'est qu'un bon résumé des notions de l'époque, sans grande originalité. Après avoir distingué le début par les troubles généraux et celui par les troubles locaux sans soupçonner les graves questions de doctrine qui se cachaient derrière ces

dissemblances (angine considérée comme une maladie locale ou au contraire comme une maladie de l'économie tout entière), ils esquissent rapidement les symptômes cardinaux de la phlegmasie tonsillaire, qui sont en somme ceux de n'importe quelle inflammation aiguë : dolor, calor, rubor et tumor. On ne savait point alors démêler que leur forme intense n'est que notre péritonsillite, qui explique les phénomènes parétiques du côté du voile (nasonnement, rhinolalie ouverte, rejet des boissons par le nez), le refoulement des piliers, la déformation de l'isthme. D'ailleurs même dans l'amygdalite double très intense, il est bien rare que les tonsilles puissent se toucher par leur face interne et la luette rester cachée presque totalement par les deux tumeurs.

La perturbation générale, que subit, dans nombre de cas, l'économie tout entière, est assez fidèlement dépeinte; mais les complications à distance, si généralement ignorées à la période où écrivaient Delaberge et Monneret, ne sont pas même signalées ici. Les cas mortels sont également passés sous silence, malgré leur existence incontestable bien qu'exceptionnelle, il est vrai.

« La terminaison, nous l'avons déjà dit, est la résolution.

« Il est peu d'affections aussi sujettes à récidiver que celle-ci. La plupart des malades de Louis étaient atteints pour la deuxième, troisième, quatrième fois. Boisseau l'a vu se renouveler de mois en mois ; suivant lui, les récidives sont souvent dangereuses. »

Le chapitre consacré aux causes est intéressant. « Quelquefois cette maladie atteint les enfants à la mamelle, mais le plus souvent elle apparaît entre dix et trente ans ; elle sévit chez la femme aussi souvent que chez l'homme, et apparaît périodiquement en vertu d'une prédisposition difficile à expliquer. On la voit survenir en automne, dans les temps pluvieux et au printemps alors que la chaleur succède brusquement au froid. On a incriminé encore : l'atmosphère chargée de molécules excitantes, pulvérulentes, le tabac en poudre, la fumée, surtout celle des lampes, l'air très froid et humide. On peut, dit-on, la contracter en inspirant l'haleine d'un sujet qui en est affecté[1] ou par l'impression forte et répétée des boissons, des aliments, des médicaments ayant acquis une haute température ou présentant une saveur âcre, acide ou alcoolique, les boissons froides quand le corps est en sueur, le ralentissement ou la suppression des règles. Rappelons encore que l'angine tonsillaire survient encore comme symptôme et sous l'influence d'une disposition pathologique particulière, comme dans la scarlatine. »

1. C'était l'opinion de Broussais.

2. Traité de pathologie de Monneret.

Dans les trois volumes que Monneret a consacrés à la pathologie interne, vers 1860, la nosologie pharyngée ne tient qu'assez peu de place. Néanmoins, on trouve des remarques intéressantes même en dehors de l'affection diphtérique. Ainsi, à propos des troubles vocaux de l'angine aiguë, l'auteur attribue en grande partie leur existence à une laryngite larvée. Il insiste sur la fétidité de la gorge chez certains malades d'apparence normale, mais ne devine pas, bien entendu, que chez eux celle-ci dérive du cavum. L'engorgement péri-bucco-pharyngien léger ou accentué manquerait, suivant l'écrivain, rarement. Il serait dû à la tuméfaction des glandes salivaires ainsi que des ganglions lymphatiques. Il admet la terminaison par gangrène, mais celle-ci résulterait rarement d'un excès de phlogose ; il proviendrait bien plutôt d'une affection générale ataxo-adynamique plus ou moins bien déterminée, opinion que Gubler développera avec son originalité habituelle. Monneret considère l'amygdalite chronique comme essentiellement polymorphe. Ses lésions seraient variables, hypertrophiques, calculeuses ou même ulcéreuses. Souvent, en dehors de la scrofule, le tabac, l'alcool, la constitution dartreuse (arthritisme, herpétisme de Bazin) seraient à incriminer. Il insiste sur les lésions lacunaires, ainsi qu'il l'avait fait autrefois avec Delaberge, dans le *Compendium*.

Au chapitre consacré à la diphtérie, il esquisse une théorie hématogène, à propos de l'origine des fausses membranes. Déjà, précédemment (*Compendium de médecine interne*), il avait, avec Delaberge, soutenu que la congestion est l'élément principal dans le processus pathogénique des fausses membranes. Dans son *traité de pathologie interne*, il met pleinement en relief cette idée ; il la développe et l'exagère en quelque sorte en faisant de la diphtérie une phlogose congestive avec prédominance marquée de l'exsudation sanguine. Pour lui, comme pour les anatomopathologistes actuels, la seule chose qui différencie l'exsudat congestif de l'exsudat inflammatoire, c'est la présence ou l'absence de la fibrine. Rappelant les recherches de Hunter, de Mackenzie, il montre que la stagnation, en immobilisant le sang des capillaires de la région irritée, détermine, par cela même, dans ce liquide, une série d'altérations telles que la surcharge fibrineuse, la transformation en pus, etc. Or, suivant le facteur étiologique, le processus si vulgaire de la phlegmasie aboutirait à des fins très différentes, telles que œdème, phlegmon ou transsudation fibrineuse. « Irritez la peau avec l'ammoniaque, une aiguille, ou

des cantharides pendant douze à quinze minutes et vous recueillerez une quantité notable de fibrine ou de pus. Cependant, ni la circulation générale, ni la calorification ne seront troublées sympathiquement (on dirait aujourd'hui par voie réflexe) par une pareille phlegmasie, quoique ces phénomènes locaux ,ainsi reproduits, soient aussi caractéristiques que ceux du phlegmon, de la pneumonie ou du rhumatisme. Il faut donc se familiariser avec ce fait, savoir que la phlogose a des degrés dissemblables, qu'elle peut se traduire uniquement par des phénomènes locaux très minimes sans doute, mais qui n'aboutissent pas moins à la formation de plasma et de pus, que le microscope fait aisément découvrir là où on n'en soupçonnerait pas l'existence. Je me suis assuré par des recherches sur l'inflammation que je poursuis depuis six années, qu'il ne faut ni une forte ni une longue irritation pour produire l'exsudation plastique. On entend dire tous les jours que la phlegmasie doit durer plusieurs heures, sinon plusieurs jours, pour engendrer du pus ou des fausses membranes. Cette opinion est aussi contraire à la clinique qu'à l'expérimentation directe. La dilatation des capillaires, la stagnation sanguine et l'exsudation plastique se développent en quelques minutes. On peut donc aujourd'hui donner à la définition de Meckel plus de précision en disant que l'inflammation consiste dans la congestion, la stagnation du sang dans les capillaires dilatés et l'extravasation de sérosité, de fibrine et de pus. »

Il n'admet pas que l'inflammation ne soit qu'une nutrition surabondante et désordonnée, comme le soutenaient Brown et Broussais, puisque la phlegmasie s'accompagne de lésions nettement destructives à côté de processus réparateurs. Il s'agirait, comme le soutient Müller d'un trouble nettement pathologique, anormal, d'une opération morbide qui aurait son siège primitif dans les vaisseaux, comme le pensaient déjà Erasistrate et Galien et comme le démontrèrent plus tard les iatromécaniciens, suivis en cela par Boerhaave et Van Swieten. La fibrine qui s'échappe des vaisseaux est pour Monneret la lymphe organisable, où se formeraient les éléments anatomiques (théorie de Lebert et de Robin). A ce sujet, l'auteur rappelle ses recherches sur la fibrine et celles sur le même sujet de Rigel. Ce dernier aurait retrouvé dans les fausses membranes des cellules granuleuses (Voir *Histolog. Patholog.*, I, Leipzig, 1843) qui ne seraient que des granulations fibrineuses entourées d'une membrane (globules de pus déformés, ratatinés et infiltrés de fibrine).

L'écrivain explique ainsi la formation des dépôts fibrineux dans le bucco-pharynx. « Que la liqueur du sang se dépose sur une surface libre ou dans la trame des tissus, les phénomènes qui s'y passent sont au fond les mêmes, modifiés seulement par des conditions différentes de siège et de nature que je vais passer rapidement en revue. Déposé sur une membrane séreuse ou muqueuse, le plasma peut rester fluide et être entraîné par les liquides que sécrètent ces tissus. Il peut soulever l'épiderme, l'épithélium et rester ainsi emprisonné jusqu'à ce que la déhiscence de ces membranes se fasse. Je reviendrai sur ce fait en parlant de la diphtérie. Le plus ordinairement, il se concrète en caillot mince désigné sous le nom de fausse membrane. La fibrine qui le constitue sort avec le sérum des vaisseaux enflammés. Il s'opère aussitôt entre ces deux éléments une séparation à la suite de laquelle la fibrine adhère au tissu dans le lieu enflammé et nulle part ailleurs. Le caillot plastique se trouve donc en regard de la phlogose, en indique très positivement l'existence et sert à en mesurer l'étendue. » Les inflammations se composeraient toutes d'une série de phénomènes tels que hypérémie, stase, exsudation, suppuration, et de processus destructifs, tels que nécrose, ulcération ; mais la prédominance de chacun d'eux varierait suivant la cause qui seule serait de nature particulière. « Ce n'est pas, dit l'auteur, l'inflammation qui est d'espèce particulière, c'est seulement sa cause ; l'effet spécifique est quelque chose de surajouté. »

Donc, l'inflammation diphtérique serait bien une véritable phlegmasie, comprenant tous les phénomènes propres à n'importe quelle inflammation ; mais la proportion de certains de ses éléments seule différerait, parce que le facteur pathogénique a ici quelque chose de spécial qui dirige en quelque sorte l'allure du phénomène morbide. « Ainsi, pour rappeler l'exemple que j'ai cité plus haut, la dermite varioleuse est une inflammation ordinaire par ses caractères locaux, mais au-dessus et bien au-dessus d'elle se trouve la spécificité. » Suivant Monneret, la fausse membrane serait bienfaisante pour l'entourage des malades ; car elle constituerait une sorte de barrière, empêchant le venin de s'exhaler librement au dehors.

---

8. — BARTHEZ



Barthez n'a pas appartenu à l'*alma mater* ; mais par son enseignement, par ses travaux, il a été incontestablement un des maîtres les plus écoutés de l'école parisienne. Médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, il y a brillamment représenté la pédiâtrie, à une époque où les différentes spécialités de la médecine n'avaient point encore droit de cité. Une autre objection pourrait être élevée contre le titre même de cet article. Pourquoi avoir oublié, est-on tenté de dire, son collaborateur Rilliet? Est-ce parce qu'il était genevois et exerçait sa profession sur les bords du Léman? Mais n'était-il pas un parisien d'adoption, n'a-t-il pas fait toute son éducation scientifique dans nos murs et n'a-t-il pas exprimé maintes fois son regret d'être éloigné de notre grand foyer de lumière, dont les rayons bienfaisants se faisaient sentir alors sur toute l'étendue du monde pensant? A cela nous pouvons répondre que, pour l'angine du moins, la note originale de leur traité est due incontestablement à Barthez[1] qui est revenu du reste individuellement à plusieurs reprises sur le sujet. Il est même très instructif de voir comment les opinions de cet auteur se sont modifiées à mesure que ses doctrines évoluaient sous l'influence de l'expérience clinique et des méditations prolongées que celle-ci amène dans tout esprit véritablement observateur. D'abord résolument organicien et solidiste, sinon comme Broussais, du moins comme Louis, le grand anatomo-pathologiste de l'époque, il élargit peu à peu la portée un peu étroite de ses conceptions et arrive presqu'au vitalisme. Il se rend compte que, dans l'économie, il existe un petit nombre de processus qui portent leurs effets sur les différentes parties du corps et produisent en réalité ce qu'on appelle souvent à tort les affections locales. Il ne délaisse point pour cela

1. Cet écrivain est nommément cité à propos de plusieurs remarques intéressantes touchant cette affection.

les recherches nécropsiques dont il saisit pleinement toute l'importance, mais il n'y met plus une confiance aveugle.

Nous aurons successivement à examiner ici : 1° le *Traité des maladies des enfants* composé avec la collaboration de Rilliet, mais dans lequel, à propos des affections pharyngées du moins, nous le répétons, l'influence prépondérante de Barthez se fait nettement sentir ; 2° son Mémoire sur l'amygdalite aiguë, paru en 1856 dans la *Gazette médicale de Paris* ; 3° ses différentes communications sur la diphtérie, vers la même époque, où il étudie d'une façon si remarquable les diverses formes symptomatiques, et l'évolution du fléau.

1. **Traité des maladies des enfants.** — La distinction entre isthmite et amygdalite bien que classique n'est point adoptée. « Il est inutile, chez l'enfant, de faire autant d'espèces différentes de la phlegmasie des amygdales, du voile du palais et du pharynx. Presque toujours, ces différentes parties d'un même organe sont simultanément enflammées et il n'y a pas une utilité réellement pratique à dissocier des éléments que la nature nous offre le plus souvent réunis[1]. » L'inflammation gutturale se trouve donc totalisée sous la dénomination de « *pharyngite érythémateuse* ». Celle-ci est divisée au point de vue de la gravité du mal « en angine légère et angine grave », répartition qui s'accorde bien avec les données de la clinique, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte.

A une époque de la vie où les refroidissements et les irritations locales d'ordre professionnel sont plutôt rares, l'influence des causes générales, si importantes toujours du reste quand il s'agit du pharynx, est ici des plus faciles à déceler. De là cette phrase qui étonne tout d'abord. « Ces maladies sont bien plus fréquemment secondaires qu'idiopathiques. Ainsi nous n'avons recueilli à l'hôpital que seize observations d'angines primitives graves ou légères, tandis que nous en possédons quatre-vingt-trois de secondaires. » Sans mentionner particulièrement les phlegmasies du gosier qu'on rencontre parfois chez le nouveau-né et qui troublent si fort la déglutition, amenant par cela même une dénutrition des plus graves, les deux auteurs signalent ces lésions inflammatoires à toutes les périodes de l'enfance ; cependant elles seraient plus fréquentes au-dessus qu'au-dessous de l'âge de cinq ans ; elles atteindraient également les garçons et

1. Chez l'adulte, il n'en est plus ainsi, parce que l'infection des lacunes prédispose non seulement à l'amygdalite étroitement cantonnée, mais à la périamygdalite lorsque la cavité rétrotonsillaire est envahie. Ces différentes affections sont rares dans le jeune âge, les adhérences favorables à ces lésions n'ayant pas eu encore le temps de s'établir.

les filles. Ils remarquent aussi qu'on observe celles-ci « dans toutes les saisons » ; ce qui s'explique étant donné pour ce genre de maladie la grande prédominance des causes générales, quelles que soient celles-ci, infectieuses ou viscérales (toxiques par empoisonnement autogène).

Les facteurs secondaires, dont tant de nosographes ont abusé, paraissent des plus incertains à Rilliet et Barthez. « Les causes occasionnelles des angines nous ont presque toujours échappé. Nous nous contenterons de rappeler ici avec les auteurs que l'impression générale ou locale du froid, que la déglutition d'un liquide très chaud ou âcre sont susceptibles de la produire. » La grippe, c'est-à-dire probablement l'influenza, du moins dans bon nombre de cas, jouait alors comme aujourd'hui un grand rôle en pathologie pharyngée. « L'amygdalite primitive n'est pas rare en ville et l'un de nous (M. Barthez) a pu recueillir dans sa clientèle et dans l'intervalle de six semaines (mai et juin 1852) dix observations d'amygdalites primitives développées chez des enfants de quatre à douze ans pendant le cours d'une *constitution saisonnière catarrhale.* »

Ce terme de pharyngite érythémateuse pourrait du reste n'avoir qu'une valeur anatomopathologique. « Il est hors de doute pour nous que la description que nous venons de donner se rapporte à des maladies tout à fait distinctes et qui ne devraient pas être confondues sous la même dénomination. Bon nombre de ces angines primitives ou secondaires rappellent les maladies catarrhales par leurs causes, par leurs symptômes généraux, par leur aspect en un mot, et même par leur caractère anatomique dirions-nous, s'il ne nous restait encore quelques doutes sur ce point. D'autres, par les mêmes raisons, se rapprochent davantage des maladies inflammatoires et exigent le traitement antiphlogistique. Enfin, il en est un petit nombre qui ne peuvent pas être comparées ni aux maladies catarrhales, ni aux maladies inflammatoires, et qui méritent bien le nom de *graves*, non parce qu'elles sont constamment mortelles, mais parce qu'elles ont ce cachet de malignité sur lequel les anciens insistaient avec raison. » Les formes secondaires sont étudiées aux articles : variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, principalement d'après les données des grands épidémiogologistes anglais. Les formes primitives ou soi-disant idiopathiques sont décrites au contraire au chapitre VIII du premier volume de l'ouvrage, d'une façon un peu sommaire, il faut l'avouer. Les deux écrivains signalent un cas de phlegmasie gutturale caractérisé cependant par une tuméfaction inflammatoire notable, où la muqueuse présentait cepen-

dant une pâleur très marquée. « C'est là un cas tout à fait exceptionnel. » La variété sèche de Broussais est passée sous silence. Par contre, l'apparence couenneuse de certains dépôts muqueux est fort bien mise en relief : « Quelquefois une couche muqueuse ou purulente tapisse les parties malades. » Les difficultés que l'enfant apporte à l'exploration, l'impossibilité dans bien des cas d'examiner pendant un temps suffisant l'intérieur de la gorge, la grande ressemblance de couleur entre le pus, le mucus étalé en couche et les fausses membranes, laisseraient quelquefois le praticien dans l'incertitude sur la nature du produit morbide qui tapisse l'arrière-gorge. Il est nécessaire alors d'enlever au moyen du doigt ou d'un pinceau la couche sécrétée pour s'assurer de sa véritable nature. « La méprise est surtout fatale dans les cas où la matière muco-purulente, très développée dans les érysipèles, se montre sous la forme d'une petite tache jaunâtre, légèrement saillante. »

Malgré la gêne des mouvements que parfois elle détermine, immobilisant la tête en des attitudes spéciales, la tuméfaction des ganglions lymphatiques de la région, qui serait d'ailleurs loin d'être constante, n'aboutirait que très rarement à la suppuration. Rilliet et Barthez n'en ont observé qu'un exemple. La dysphagie ne serait pas toujours proportionnelle au degré du processus inflammatoire. Cette anomalie s'expliquerait parfois par l'épaisse couche de mucosités qui, tapissant la muqueuse, la préserverait du contact irritant du bol alimentaire. « L'haleine est souvent fétide, mais cette fétidité offre de très grandes différences dans son intensité et n'est jamais gangreneuse ». Quant à la toux, bien que ce ne soit pas un phénomène pharyngé proprement dit, on l'observerait assez souvent. Son timbre indiquerait « qu'elle est gutturale ».

Voici le tableau que donnent Rilliet et Barthez de *l'angine grave*. « Beaucoup plus rare que la précédente, elle débute par un mouvement fébrile très intense, la peau est sèche, brûlante, la face tantôt amincie, tantôt pâle ; le regard égaré. Il y a de l'anxiété et des vomissements *comme au début des maladies graves*. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre, épais ; elle est collante. Toutes les parties de la gorge accessibles à l'irritation sont tuméfiées, rouges et couvertes d'une couche muqueuse et purulente ; dans d'autres cas très rares, bien que tuméfiées, elles sont au contraire remarquablement pâles. Les régions sous-maxillaires sont très développées. La gêne de la déglutition, souvent extrême, est d'autres fois peu marquée ; la respiration est bruyante, la bouche ouverte, la voix nasonnée,

embarrassée, quelquefois éteinte; les mouvements du cou sont difficiles. L'agitation augmente, quelquefois il existe même du délire, la fièvre s'accroît, la soif est extrême, les symptômes gutturaux sont de plus en plus prononcés. *L'inflammation peut coexister avec celle des fosses nasales.* Lorsque la maladie se termine par la mort, tous les symptômes ont bientôt acquis leur plus haut degré d'intensité et la terminaison fatale peut arriver au bout d'un temps très court. Nous avons vu une fille de treize ans périr en deux jours. » Les deux auteurs ont, comme on le voit, décrit déjà très exactement ces angines septiques, l'équivalent des maladies générales les plus malignes sur lesquelles Gubler et Trousseau insisteront un peu plus tard, ainsi qu'on le verra plus loin.

Cette distinction entre angine légère et angine grave si utile à bien des points de vue commanderait également le pronostic, bénin dans le premier cas, sérieux dans le second. « Les angines graves compromettent fortement les jours des jeunes malades. L'intensité de la fièvre, l'aspect de la face, la tuméfaction du col, la gêne de la respiration, l'état de la voix sont les symptômes auxquels il faut accorder le plus d'attention. Ce sont eux qui par leur intensité plus ou moins grande doivent faire redouter une terminaison funeste. L'anxiété extrême, le délire, la jactitation sont aussi d'un très mauvais augure. » Contre cette variété, les deux écrivains, entraînés par la mode du moment, conseillent un traitement antiphlogistique énergique, consistant surtout en émissions sanguines locales et générales, en vomitifs, en frictions mercurielles etc. Ils font aussi usage des topiques recommandés contre la diphtérie (alun, nitrate d'argent).

Pour rédiger ce qui a trait à *l'abcès rétropharyngien*, Rilliet et Barthez se sont surtout servi de l'excellente monographie de Mondières (*L'Expérience*, 1842), si complète et si clinique qui donnait déjà un aperçu suffisant de la question. Les deux auteurs insistent sur le début, insidieux dans beaucoup de cas; mais parfois la réaction morbide serait beaucoup plus accentuée (Lœvenhard). Chez les nouveau-nés, il existerait du jetage et de l'obstruction nasale sans les signes locaux de la rhinite et ceci éclairerait beaucoup le diagnostic. Au bout d'un certain temps, la dyspnée s'accentuerait et prendrait une allure paroxystique comme dans le croup. La tumeur fluctuante serait souvent méconnue, soit à cause des difficultés de l'exploration, soit à cause de sa situation profonde. A ce propos, sont rapportés des cas douteux empruntés à Abercrombie et Flemming. Parfois, comme l'a montré Duparque, le mal serait rétroœsophagien et

non rétropharyngien. Dans ce cas, le maximum de la tuméfaction occuperait la partie inférieure du cou ; la déglutition serait facile dans le pharynx, mais s'arrêterait plus bas, la respiration paraîtrait aussi moins gênée. Le larynx semblerait souvent rejeté en avant ou sur les côtés. En outre des cas aigus, de beaucoup les plus nombreux, il y en aurait quelques-uns de chroniques, pouvant simuler une carie des vertèbres (Fleming). Comme leurs contemporains, les deux écrivains ne soupçonnent nullement le rôle des ganglions rétropharyngiens dans la pathogénie du mal.

Après Bretonneau, Guersant, et les épidémiologistes les plus autorisés qui ont écrit sur cette matière, il semblait qu'il ne restait que peu de chose à dire à leurs successeurs pour tout ce qui a trait à *l'angine diphtéritique* ; cependant cette impression n'est pas tout à fait exacte en ce qui concerne Rilliet et Barthez notamment. Ceux-ci ont insisté beaucoup plus qu'on l'avait fait précédemment sur les caractères spéciaux de la pharyngite pseudomembraneuse secondaire ; ils ont, même avant la terrible épidémie de 1855, entrevu la diphtérie maligne, complétant ainsi l'œuvre de l'école de Tours.

Ils distinguent, comme tous les nosographes de l'époque, la variété épidémique de la sporadique. Ils pensent, contrairement à Trousseau, que le froid humide n'est pas sans action sur la genèse du mal, et citent à cet effet ce qui s'est passé à La Chapelle-Veronge. Le surpeuplement (voir l'épidémie de Saint-Denis observée par Bourgeois) aurait aussi une assez grande influence sur le développement du fléau. Ils admettent la contagiosité de l'affection, malgré les vues contradictoires des contemporains. Quant aux lésions, ils insistent sur l'état feuilleté des fausses membranes, sur leur transparence, en certains cas, qui expose à méconnaître leur existence. Ils ne pensent pas, comme Bretonneau, que tout ce qu'on observe du côté de la muqueuse se résume en un peu de congestion et quelques ecchymoses. « Nous avons vu, dans quelques-uns des faits soumis à notre observation, des lésions beaucoup plus intenses. » Et ils reprennent » : « Deux de nos malades avaient le pharynx profondément ulcéré, comme on pourra s'en assurer d'après la description que nous copions textuellement sur nos notes. Les amygdales sont tuméfiées, rouges, inégales ; leur surface, aussi bien que celle de la luette et du pharynx jusqu'à l'œsophage, est tapissée par une couche pseudomembraneuse, tantôt continue, tantôt déposée par plaques assez résistantes, très adhérentes en certains points, beaucoup moins en d'autres ; quelques-unes sont formées de plusieurs couches. La membrane muqueuse

sous-jacente est inégale, chagrinée, assez molle. Dans d'autres points, elle a disparu et là, on trouve une véritable ulcération qui s'étend même au tissu sous-muqueux, de façon que la pseudomembrane repose sur les fibres musculaires elles-mêmes. » Becquerel devait montrer du reste que les altérations anatomiques interstitielles, qualifiées plus tard de diphtérite par les allemands, pouvaient aboutir du côté des amygdales à une gangrène centrale.

Dans la diphtérie secondaire, la phlegmasie de la muqueuse serait du reste des plus accentuées. « Ainsi, elle est toujours d'un rouge vif, et le plus souvent chagrinée, dépolie, inégale à sa surface, très épaissie, et très molle. Les amygdales volumineuses et molles, inégales et souvent déchirées, sont infiltrées de pus. En outre, on voit quelquefois la membrane muqueuse entamée par des ulcérations plus ou moins profondes, de forme variable. Sinueuses et analogues aux traces que les vers laissent sur les draps, elles s'étendent en serpentant sur différents points du pharynx. » Leurs bords apparaîtraient rouges, tuméfiés, taillés à pic.

Dans ces formes deutéropathiques, les dépôts fibrineux seraient plus mous, plus grisâtres, moins adhérents.

L'angine diphtéritique primitive présenterait une forme ordinaire, que les deux auteurs décrivent assez complètement mais sans grande originalité, et une forme grave qu'on pourrait qualifier, disent-ils, de typhoïde ou d'adynamique, dont Bourgeois et Lespine auraient cité quelques observations. « D'après quelques médecins, cette forme thyphoïde (diphtérie maligne) appartiendrait exclusivement aux maladies générales dont l'angine n'est qu'un symptôme. Cette assertion (celle de Guersant, à propos de la diphtérie scarlatineuse) est démentie par les faits contenus dans l'observation que nous venons de citer ; la diphtérite était la seule maladie. »

Suivant Rilliet et Barthez, les dépôts pseudomembraneux pourraient apparaître d'une façon très précoce, dès le premier jour. Ils se montreraient, dans quelques cas exceptionnels, primitivement sur la luette et non sur les amygdales (coryza pseudomembraneux ayant envahi le cavum, puis l'oropharynx, sans l'isthme ?). L'adénite des ganglions sous-maxillaires aurait un début variable, ce qui lui ôterait de sa valeur diagnostique. La dysphagie manquerait parfois, même dans les cas ayant l'apparence gangreneuse. Bien que la fièvre soit d'habitude peu intense, elle pourrait, comme l'a remarqué Bretonneau, devenir fort vive. Dans certaines épidémies (celle observée par Ferrand), il en était ainsi. D'ailleurs, le caractère de cette fièvre ne serait pas uniforme.

Le diagnostic du mal semblerait parfois des plus difficiles malgré les efforts de beaucoup de nosographes pour débrouiller la question. Parfois les doutes sont tels qu'il paraîtrait plus prudent de s'abstenir. En cliniciens avisés, Rilliet et Barthez, tout en énumérant les signes différentiels fournis par Bretonneau, en ce qui concerne la diphtérie et l'angine couenneuse vulgaire, se fient surtout à l'évolution du mal.

Comme complications, ils ne connaissent que la bronchopneumonie, propagation du fléau aux dernières ramifications aériennes, les hémorragies secondaires signalées par Bourgeois et Lespine, les accidents gangreneux du côté du pharynx, enfin les phénomènes typhoïdes précoces ou tardifs (diphtérie maligne). Comme tous leurs contemporains, ils ignorent la myocardite, la néphrite et les paralysies de la convalescence.

Si le mal est sporadique et bien cantonné, le pronostic serait bénin ; mauvais, au contraire, quand il n'en est pas ainsi. Rappelons que les deux auteurs connaissent assez bien le coryza pseudomembraneux et qu'ils le considèrent, ainsi que beaucoup de contemporains, comme d'un assez mauvais augure.

Le chapitre que Rilliet et Barthez ont consacré à *l'hypertrophie des amygdales* est un peu court et pas toujours très heureux. Ainsi, ils penchent trop manifestement pour la scrofule, combattant l'idée d'Andral qui attribuait les accidents d'apparence lymphatique aux lésions tonsillaires. Ils ne font pas jouer le rôle principal à une phlegmasie irritative, ainsi que Robert. « Nous croyons que l'inflammation accroît, mais nous ne pensons pas qu'elle crée à elle seule l'hypertrophie. » Comme l'affirmera Lasègue, ils pensent que la grosseur exagérée des tonsilles peut apparaître dès la naissance et constituer une simple anomalie. « La maladie est à vrai dire, *congénitale*, ou bien elle se développe insensiblement, mais elle augmente sous l'influence du travail de la dentition. » Ils empruntent à Robert néanmoins l'excellent tableau symptomatique qu'il a laissé de l'obstruction nasale observée en pareil cas, et signalent après lui les lésions dentaires, le palais ogival et les déformations thoraciques dont Dupuytren s'était fait le premier historien, mais ils se bornent à une énumération très sommaire.

Rilliet et Barthez[1] ont réintroduit, pour ainsi dire, dans le cadre de la pathologie pharyngée, le sphacèle du pharynx, mais ils n'en font plus une angine inflammatoire grave où la vio-

1. Ils ont développé, tout d'abord, leurs idées sur la question, dans un mémoire paru en 1847 dans les *archives générales de médecine*.

lence de la phlegmasie compromet l'intégrité des tissus ou un processus septique aboutissant par sa nature maligne au même résultat, mais bien une nécrobiose primitive greffée sur un terrain spécial très débilité. Il ne paraît donc pas s'agir avec eux d'une angine gangreneuse, mais d'une mortification ultime et sans grande réaction locale.

S'appuyant sur l'état dissout du sang et sur l'existence du processus destructif en plusieurs points de l'organisme chez beaucoup de sujets, Boudet avait du reste déjà conclu non à une phlegmasie, mais à un empoisonnement hématique. Parmi les causes invoquées, les deux écrivains incriminent surtout la scarlatine, la diphtérie (observation de Constant et cas personnels), la variole, la pneumonie, les entérites graves (Guersant), la dysenterie, la fièvre typhoïde (observation de Boudet). Le jeune âge, où la résistance de l'organisme est moindre, présenterait la plus grande fréquence du sphacèle pharyngé. On en distinguerait deux formes principales, l'une cantonnée, l'autre diffuse. La première occuperait les limites inférieures de l'organe, soit du côté du cartilage thyroïde, soit du côté de l'œsophage, en dehors de la vue ; ses plaques, ovales ou circulaires, varieraient pour les dimensions entre une petite lentille et une pièce d'un franc. Aucune réaction inflammatoire de la muqueuse au niveau de l'escarre, qui paraîtrait susceptible de guérison. Dans la forme diffuse, le sphacèle ne présenterait rien de régulier, le processus serpigineux envahissant les organes les plus différents : voile piliers, amygdales, parois pharyngées, base de la langue. Elle serait tantôt superficielle quoique très étendue, tantôt profonde, gagnant l'épaisseur tout entière des parois pharyngées et même le tissu cellulaire limitrophe. Le larynx se montrerait assez souvent envahi. Les symptômes accusés par les malades se réduiraient d'ailleurs à peu de chose, épuisés qu'ils sont par la maladie antérieure dont le sphacèle n'est qu'un épiphénomène. La mort surviendrait au milieu d'une adynamie marquée.

2. **Mémoire de Barthez [1] sur l'amygdalite aiguë dite simple.** — Dans cet intéressant article où il paraît avoir pris Borsieri comme modèle, l'auteur, influencé peut-être par les idées de Bazin, admet, comme cause prédisposante, sinon la scrofule, du moins la forme atténuée de celle-ci, c'est-à-dire le lymphatisme. Aussi le jeune âge et le sexe féminin se montreraient particulièrement vulnérables. Les constitutions catarrhales (épidémies de grippe) sembleraient être le facteur le plus important.

1. *Gazette médicale de Paris*, 1856, p. 447.

Bien que le mal débute parfois d'emblée, il s'annoncerait d'habitude par des symptômes généraux, mais sans proportionnalité avec la gravité des lésions. Dans la forme dite *catarrhale*, la phlegmasie, malgré l'intensité de la fièvre dans certains cas, serait peu marquée. Rougeur insignifiante, léger développement des amygdales, peu de dysphagie, mais mucus opalin, blanchâtre, abondant, recouvrant parfois le voile comme d'une carapace. Durée variable ou très courte ou dépassant un septenaire ; d'habitude, l'évolution se ferait en une semaine. La marche envahissante est soigneusement notée : après le coryza, l'angine, après l'angine, la laryngite et la bronchite.

L'amygdalite à *type phlegmasique* accusé serait bien plus rare que l'espèce précédente. Elle se montrerait surtout chez l'adulte pléthorique sans coïncidence d'épidémie. Ce serait donc par excellence une affection sporadique, n'ayant rien de commun avec la constitution atmosphérique. Il serait difficile d'affirmer si ce sont les phénomènes généraux ou les symptômes locaux qui apparaissent les premiers. En tout cas, les uns et les autres sont accentués et d'une allure souvent inquiétante. Il y a sensation de plaie et de déchirement avec resserrement spasmodique des mâchoires. C'est tout au plus si les piliers et le voile participent au mal qui se montre assez exactement cantonné aux tonsilles, contrairement à ce qu'on voit dans l'amygdalite catarrhale. La suppuration et même la gangrène (quand il y a traitement intempestif par les astringents) pourraient compliquer l'affection dont la résolution est cependant le mode de terminaison de beaucoup le plus habituel. La durée est ici beaucoup plus longue. En somme, amygdalite catarrhale et amygdalite phlegmasique constituent, dit Barthez, deux affections très distinctes. « Les différences sont nombreuses et tranchées; elles portent sur les causes, sur les symptômes généraux et locaux, sur la marche et sur la durée, sur la terminaison... »

L'amygdalite catarrhale peut être non seulement épidémique, mais encore contagieuse. L'amygdalite inflammatoire, qui n'est pas épidémique, n'est pas non plus contagieuse. Ces dissemblances ne tiennent pas à ce que l'une est superficielle et l'autre profonde, mais à la cause même de l'affection dans les deux cas.

3. Article de Barthez sur la diphtérie (*Union médicale*, 1856). — Lors de la terrible épidémie de 1855, bien des opinions régnantes sur la diphtérie se trouvèrent modifiées. On dut admettre une variété maligne, peste analogue au garotillo de funèbre mémoire, à côté de la variété ordinaire si bien décrite par Bretonneau et Guersant. D'autres, allant plus loin, doutèrent

de l'unicité du mal. Sans aller à ces extrémités, Barthez avoue que l'aspect de l'affection, très diverse et polymorphe, peut dérouter les observateurs novices. « Bien que j'admette l'unicité du principe de la diphtérie, on comprendra cependant facilement que cette maladie doit être et qu'elle est, en effet, multiple dans ses formes. » A côté des différences de siège, il y en aurait d'autres résultant d'un véritable empoisonnement du sang. L'état diffluent et grisâtre des fausses membranes, fort peu adhérentes dans ces cas, renseignerait assez bien sur l'existence des formes malignes. Il y aurait également décomposition putride plus rapide de ces dépôts fibrineux. L'envahissement du nez et de la peau s'observerait aussi dans ces variétés malignes. Parfois les symptômes généraux prendraient absolument la première place, et ce seraient eux qui tueraient le patient. Le génie épidémique est naturellement invoqué par l'auteur; mais il y aurait encore différence de nature. Invoquant une vieille conception humorale développée autrefois par des nosographes illustres tels qu'Avicennes, Barthez admet l'addition d'un principe particulier qui se surajoute à la diphtérie et qui serait une disposition maligne donnant au fléau une allure *septique* (*sic*) spéciale. Le fait s'observerait aussi pour la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde. Cette affirmation constituait une vue profonde et exacte, malgré son apparence métaphysique. Aujourd'hui, on sait que ces diphtéries d'allure typhoïde sont en réalité des infections mixtes, le plus souvent des strepto-diphtéries.

En définitive, Barthez admet : 1° une forme maligne à tendance rapidement envahissante, à symptômes généraux très développés, à fausses membranes rares et peu étendues, avec disparition rapide et complète des forces de l'organisme; 2° une forme simple ou exsudative (forme de Bretonneau et Guersant), où l'obstruction mécanique joue le principal rôle, « où les phénomènes d'empoisonnement du sang sont tellement absents en apparence que l'on a pu, en bonne logique médicale, croire qu'il s'agit d'une maladie différente de la première »; 3° la diphtérie complète ou généralisée, sorte de compromis entre les deux formes précédentes, où les fausses membranes ont une marche très envahissante, où apparaissent déjà des symptômes généraux malins.

Barthez a créé, à côté de ces types précédents, une espèce morbide nouvelle. Il a insisté sur le caractère traînassant et extrêmement prolongé de certains cas d'angines pseudomembraneuses. Ces faits si connus actuellement de persistance pour ainsi dire indéfinie du mal l'étaient beaucoup moins alors,

parce qu'on ignorait et la cause de l'affection et les moyens de reconnaître le contage animé dans les mucosités bucco-pharyngées. C'est sa *forme chronique*. « Cette dernière, plus rare que les précédentes, est caractérisée par la lenteur de sa marche et le peu de violence des symptômes généraux. Ici, la fausse membrane persiste pendant des semaines sur les mêmes points sans modifications apparentes, pour disparaître graduellement par résorption lente, ou bien elle tombe et se reproduit incessamment pendant un long espace de temps. »

---

9. — GUBLER



Professeur de thérapeutique à la faculté de médecine de Paris, Gubler fit paraître, comme on sait, de nombreux et importants mémoires sur cette partie de la médecine qu'il enseignait avec une supériorité évidente. Il est aussi l'auteur de remarquables recherches sur les maladies de différents organes tels que le rein. On connaît moins ses travaux sur diverses affections gutturales ; cependant ceux-ci contribuèrent beaucoup à donner à la pathologie pharyngée l'aspect spécial qu'elle prit vers le milieu du XIX[e] siècle. C'est ce rôle éminemment utile et suggestif que nous allons nous efforcer de dégager.

Muguet. — Cette affection avait été considérée successivement comme des aphtes (antiquité, moyen âge, renaissance, temps modernes et même beaucoup de médecins du XVIII[e] siècle), une gourme interne (Levret), une sorte particulière de diphtérie (Lélut, Trousseau et Delpech et beaucoup d'autres), une gastro-entérite (Valleix). La nature parasitaire du muguet venait enfin d'être démontrée en 1872 par Berg (Société médicale suédoise à Stockholm) ; notion d'une portée considérable, car elle habitua les contemporains, éclairés déjà par l'origine cryptogamique des teignes, à l'idée de germes pathogènes. Robin donna bientôt une description complète et définitive du fameux oïdium albicans ; mais ses conditions biologiques restaient toujours fort vagues. Gubler, bien qu'encore très jeune (il commença ses premiers travaux sur le sujet quand il était externe des hôpitaux), eut le mérite de démêler le milieu nécessaire à son développement. Utilisant les indications de Dutrochet sur la nécessité d'un état acide pour le développement de beaucoup de champignons microscopiques, il entreprit, dans le service de Trousseau, en 1847, des recherches en ce sens, qu'il continua pendant plusieurs années, notamment quand il était interne de Natalis Guillot. Il publia les résultats de celles-ci dans un important article de la *Gazette médicale*, en 1852.

Angine gangreneuse. — Après les investigations nécroscopiques si concluantes de Bretonneau, de Guersant, de Trous-

seau, la nature gangreneuse des fausses membranes de la diphtérie avait définitivement été rejetée, les lésions interstitielles nécrobiotiques échappant bien entendu à des observateurs nullement familiarisés avec le microscope et ne possédant pas encore du reste la technique indispensable aux examens histologiques. Par suite d'un entraînement regrettable, mais en somme tout naturel, on dépassa le but. Le sphacèle fut rayé du cadre de l'angine diphtérique, ou du moins on ne l'admit que pour la forme compliquant la scarlatine (Guersant). Delaberge et Monneret (*Compendium de pathologie interne*) tentèrent vainement de remonter le courant et de combattre cet ostracisme. Comme leurs arguments étaient purement tirés de l'histoire de l'affection, au cours des siècles précédents, ils ne portèrent pas. L'aveuglement général était tel que le même insuccès accueillit la publication de faits cliniques pourtant démonstratifs (observations de Constant, de Boudet, mémoire de Rilliet et de Barthez dans les *Archives générales de médecine* sur le sphacèle pharyngé dont les conclusions sont consignées dans leur *Traité des maladies des enfants*, 1re édition, mémoire plus concluant encore si possible de Becquerel notant l'existence fréquente de foyers gangreneux des amygdales sur le cadavre des enfants ayant succombé à la diphtérie). C'est Gubler qui, par ses communications lors de la fameuse épidémie de 1855, montra en définitive l'erreur regrettable dans laquelle on était tombé. Il dépassa de beaucoup du reste les limites de la question en litige, puisqu'il tendit à admettre des angines gangreneuses malignes d'emblée. « La forme gangreneuse, dit-il, appartient-elle exclusivement aux angines scarlatineuses, diphtériques, etc., à titre de complication, ou bien y a-t-il au contraire des angines gangreneuses primitives ? Telle est la question qui divise aujourd'hui les médecins. Ceux qui n'auraient lu que les ouvrages antérieurs au XIXe siècle comprendraient difficilement que l'existence des angines gangreneuses indépendantes pût être un instant mise en doute. Comment supposer en effet que les ulcérations d'angines épidémiques à caractère gangreneux, si souvent mentionnées par les anciens auteurs, n'ont été qu'une longue suite d'erreurs et d'illusions ? Beaucoup de personnes croient pourtant que Bretonneau a réussi à le démontrer dans son beau *Traité de la diphtérite*. Mais, si les recherches de l'illustre médecin de Tours établissent parfaitement que ses prédécesseurs ont dû confondre dans leurs descriptions les angines malignes, les angines gangreneuses proprement dites et les angines couenneuses que nul ne leur avait encore appris à distinguer, ces travaux ne sau-

raient, en aucune façon, démontrer la non-existence des angines gangreneuses, et d'ailleurs Bretonneau n'a pas voulu donner à ses travaux une pareille signification. Pour en tirer cette conséquence erronée, il a fallu faire abstraction de tous les faits contradictoires consignés dans la science, et laisser passer, sans y prendre garde, les cas positifs qui se sont offerts de temps en temps à l'attention distraite des observateurs. Quoi qu'il en soit, le talent avec lequel Bretonneau a fait ressortir la fréquence des affections diphtériques a produit ce résultat que la plupart de ses contemporains, allant au delà de sa pensée, sont arrivés à nier la réalité des angines primitivement gangreneuses et ont fait des prodiges d'argumentation pour justifier cette manière de voir. En médecine comme en toute chose, la mode a son empire. Bretonneau avait donné l'impulsion, ses élèves devenus maîtres (Trousseau) l'ont transmise et accrue ; bientôt elle est devenue irrésistible. » Ainsi, l'auteur admet nettement, sans hésitation, à côté du sphacèle secondaire de la gorge, si bien mis en lumière par Rilliet et Barthez, à allure torpide et insidieuse, aboutissant ultime de la dégénérescence des tissus, une inflammation aiguë fort maligne dont la gangrène est d'emblée le substratum anatomique. Gubler n'en fournit pas d'exemples personnels, mais il signale avec habileté les faits antérieurs que l'on retrouve dans la littérature médicale.

Dans le reste de son mémoire, il met hors de doute l'existence de la gangrène secondaire à la diphtérie et mentionne, à ce propos, l'intéressante communication de Millard, à la Société anatomique, où celui-ci s'exprimait ainsi : « Ce court aperçu historique montre que la gangrène secondaire est loin d'être rare. Elle survient plus particulièrement dans le cours ou à la suite de certaines angines couenneuses, ou scarlatineuses, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la variole, et d'une manière générale dans toutes les maladies qui débilitent profondément l'organisme. Elle coïncide souvent avec des gangrènes d'autres organes. » Cette conclusion de Millard, tout le monde vint à l'adopter avec un peu de réflexion. L'idée d'un sphacèle primitif finit aussi à la longue par ne plus soulever d'objections sérieuses. Trousseau continua à soutenir, et il avait raison en somme, que le sphacèle bien caractérisé était dans la diphtérie un processus anatomique exceptionnel ; mais, dans une de ses cliniques, il traça, de certaines angines septiques aboutissant à des lésions gangreneuses, un tableau des plus remarquables et qui complétait cliniquement de la façon la plus heureuse les idées si bien développées au point de vue théorique par son

élève, Gubler. Cependant, bien que les anciens et même des contemporains eussent signalé la mortification des tissus dans diverses angines suppurées à manifestations fort graves, cette conception mit du temps à évoluer ; et ce n'est que récemment qu'elle a été mise hors de doute pour certaines pharyngites streptococciques, assez rares du reste.

Angine érysipélateuse. — Ce rôle réédificateur d'anciennes entités morbides pharyngées, Gubler l'accomplit aussi pour l'angine érysipélateuse. Admise sans conteste par les anciens, décrite au XVIIe et au XVIIIe siècle par Sennert, Sydenham, Boerhaave, Van Swieten, Darluc, Hoffmann, elle fut niée au commencement du XIXe, parce que Cullen avait affirmé que l'érysipèle ne pouvait se développer sur des membranes sans épiderme ; or l'épithélium bucco-pharyngé n'avait pas encore été découvert à cette époque. Il faut dire aussi que la conception que l'on s'était faite jusqu'alors de cette infection était des plus floues ; et ceci contribua beaucoup à amener le discrédit dans lequel tomba, un certain temps, l'érysipèle interne. Broussais regardait comme absurde l'existence de maladies simultanées sur des membranes aussi différentes que les muqueuses et la peau ; et son opinion prévalut. Cependant, l'évidence clinique était là, montrant la fréquence relative des érysipèles du pharynx. Biett et Hardy admirent donc, avec Rayer, que le mal pouvait envahir secondairement les fosses nasales ou la cavité gutturale, mais sans attacher d'importance à ce fait. Les cas d'œdème de la glotte signalés successivement par Bouillaud, Bayle, Copland, Pidoux montraient néanmoins qu'il se passait souvent quelque chose de sérieux dans les cavités internes des individus atteints d'érysipèle de la face ; mais le courant des idées était en faveur des doctrines négatives, qui ne furent pas même ébranlées par l'observation de croup compliqué d'érysipèle de la face publiée par Léveillé. Un fait parut démontrer à Gubler que l'opinion des anciens n'était point aussi négligeable sur ce point qu'on le soutenait. Il s'agissait d'un individu porteur d'une volumineuse tumeur parotidienne, qui, entré dans son service, contracta un érysipèle de la face (cette affection régnait alors dans ses salles). Après avoir débuté par le nez, il envahit la figure tout entière et le cuir chevelu. Dès le début, on constata aussi que la cavité bucco-pharyngée se trouvait intéressée. Le malade y sentait une chaleur inaccoutumée. La langue était rouge et tuméfiée, elle gardait l'impression des dents. Il y avait du ptyalisme, de la dysphagie ; puis survinrent des phénomènes de suffocation qui déterminèrent rapidement une issue fatale. A l'autopsie, on constata une cou-

leur rouge intense généralisée. Les tissus étaient manifestement tuméfiés, notamment le voile, la luette et l'orifice supérieur du larynx. Chez un autre malade, l'érysipèle interne sortit au dehors et le malade guérit. Ces deux cas furent consignés dans la thèse de Lallier. Mais, malgré leur intérêt, ils n'éveillèrent pas beaucoup l'attention. Gubler revint, en 1856, sur ce sujet, lors d'une communication à la Société de biologie. Rappelant ses deux observations précédentes, il rapporta un nouveau fait des plus convaincants. Chez un homme de vingt-neuf ans entré dans son service à l'hôpital Baujon, il constata une fièvre intense avec stupeur, immobilité des traits, langue sèche et tremblotante. De plus, il existait des gargouillements dans le ventre, principalement dans la fosse iliaque droite, et ces signes firent conclure à une fièvre typhoïde. Or, avant de succomber, dans les derniers jours de l'affection, il fut pris d'un érysipèle de la face qui sembla sortir du nez et évolua d'une façon typique. A l'autopsie, on ne retrouva nullement les lésions intestinales si spéciales à la dothiénentérie. Les plaques de Peyer parurent à peine gonflées et point du tout ulcérées. Gubler, réformant son diagnostic primitif, conclut à un érysipèle interne, et il appela l'attention des médecins sur les faits de ce genre qui peuvent, dit-il, prendre les allures des fièvres les plus graves. Cette fois-ci, le branle étant donné, et comme il est fréquent de le constater en pareille occurrence, les faits semblèrent se multiplier, prouvant combien cette affirmation était rationnelle. Signalons à ce sujet les thèses d'Aubrée, de Labbé, l'article de Dechambre, la clinique de Trousseau et le travail classique de Cornil, paru, en 1862, dans les *Archives générales de médecine.*

Angine herpétique. — Avant Gubler, l'herpès des lèvres et même du bucco-pharynx (Bateman) avait été, il est vrai, signalé. Bretonneau avait même rattaché à une éruption gutturale de ces vésicules l'angine couenneuse vulgaire non diphtérique ; mais l'idée d'une entité morbide spéciale à allures caractéristiques n'avait point été dégagée ; et c'est Gubler qui eut le mérite de créer ce type clinique si caractéristique.

Rappelant les communications, sur ce point, de l'école de Tours, qui se réduisaient en somme à fort peu de chose, il énumère un certain nombre de faits qui lui paraissent plaider en faveur de l'existence d'une angine spéciale. D'ailleurs, dit-il, il ne faut pas s'abuser sur l'influence des données anatomiques concernant la distribution des maladies dans l'organisme. Il y a des différences évidentes de structure entre la peau et les muqueuses, mais aussi des analogies ; et celles-ci suffisent pour qu'un certain nombre de

dermatoses puissent envahir les cavités internes. L'auteur décrit remarquablement les vésicules sur les amygdales, sur le voile, etc., et les fausses membranes qui leur succèdent. Bien entendu, ces dépôts fibrineux l'intéressent beaucoup, car ils peuvent simuler une pseudomembrane diphtérique ; aussi insiste-t-il sur l'existence, tout autour de la plaque principale, de petites ulcérations qui sont, dit-il, comme la marque de vésicules antérieures. Après avoir noté l'intensité que peut avoir, dans certains cas, la fièvre, le malaise général, la présence parfois d'accidents d'apparence rhumatismale, il attribue la pathogénie de l'affection au froid ; et cette origine suffirait, affirme-t-il, pour différencier nettement l'angine herpétique des affections qui la simulent. « Depuis le règne de la doctrine organicienne (système de Broussais), la science est engagée dans une meilleure voie, les symptômes ont été soumis aux lésions, c'est-à-dire à des changements matériels plus stables, ordinairement plus faciles à saisir et d'une signification moins équivoque. Mais, il reste à mon avis un dernier pas à faire dans la voie du progrès, c'est d'accorder à l'étiologie toute l'importance qu'elle mérite. »

---

10. — TROUSSEAU



Diphtérie. — Trousseau, clinicien éminent, l'auteur de la première monographie vraiment importante sur la phtisie laryngée, l'écrivain qui, avec Pidoux, a composé un excellent traité de thérapeutique et qui a publié sur tant d'affections diverses des études si exactes, si fouillées, si lucides, que ses cliniques de l'Hôtel-Dieu qui en contiennent un grand nombre sont encore dans toutes les mains, a eu le grand honneur, en diphtérie pharyngée, de continuer et de compléter l'œuvre de son maître Bretonneau. En ses jeunes ans, il eut surtout l'allure d'un disciple ; mais, s'il reproduit avec fidélité, à propos du mal, les doctrines de l'école de Tours, il ne se contente pas du rôle d'un copiste ; il imite, s'il est permis de se servir de cette expression, avec originalité. Il met aussi à profit ses différentes missions en Touraine, en Sologne, etc., lors d'une célèbre épidémie d'angine pseudo-membraneuse, pour bien mettre en relief la contagion, dont certes Bretonneau avait parlé, mais sans beaucoup y insister, que Guersant avait acceptée comme à son corps défendant, tellement il était imbu des théories adverses, et que beaucoup mettaient franchement en doute. Les faits apportés en grand nombre par Trousseau étaient si probants, que la thèse brillamment soutenue par lui ne tarda pas à être universellement acceptée. Il s'efforça aussi de modifier dans le sens de la spécificité les idées de ses contemporains. Il montra notamment que l'étiologie du fléau n'est point banale, comme le soutenaient non seulement les adeptes du physiologisme mais encore les partisans de Home, et que les influences atmosphériques, les conditions topographiques défectueuses (manque de soleil, humidité) n'étaient point du tout une condition essentielle pour le développement de l'affection.

« Lorsque je vis, à Tours, dit-il, la diphtérie régner épidémiquement, je pensai que la position de cette ville, qui est assise au milieu d'une vallée arrosée par deux rivières, était, pour quelque chose, dans le développement de la maladie et attribuai

le développement de cette redoutable affection au froid et à l'humidité. Mais, en jetant un coup d'œil sur les documents historiques, je demeurai bientôt convaincu que ces prétendues causes locales ne pouvaient être invoquées tout au plus que comme causes accessoires et, lorsque j'eus fait moi-même des relevés statistiques et comparatifs dans quatre départements où la maladie s'est montrée épidémiquement et horriblement meurtrière, j'acquis la certitude que la diphtérite n'avait acceptation ni des saisons, ni des localités. Ainsi, dans des bourgs et des hameaux du département du Loiret, remarquables par leur salubrité, par leur bonne situation géographique, je voyais la diphtérite sévir avec une horrible violence, et des villages de Sologne, situés au milieu des marais, rester exempts du fléau. » La misère ne serait pas non plus un agent certain ; « car, pendant que des communes couvertes de vignes et de riches moissons, dans le Blaisois, dans l'Orléanais, dans le Berry, perdaient plus du dixième de leurs habitants, on n'avait à déplorer que peu de pertes dans des cantons plus pauvres, où les colons arrachent avec peine à la terre une nourriture insuffisante ». Les saisons froides, si souvent incriminées, ne paraîtraient pas toujours avoir le maximum de cas de diphtérie ; « si je consultais, dit-il, en citant des exceptions à la soi-disant règle, les tables de mortalité des villages divers qui avaient été envahis par le fléau, je voyais que les premiers décès coïncidaient ici avec le commencement de l'hiver, plus loin avec les jours pluvieux du printemps, ailleurs avec la saison caniculaire ». Cependant, l'affaiblissement de la constitution et l'encombrement amené par l'indigence ne lui échappaient point. « La misère, il faut en convenir, semblait une condition, sinon excellente, du moins assez ordinaire du développement de la diphtérite. Il était évident que l'épidémie frappait, dans un village, plutôt les habitants pauvres que ceux qui jouissaient d'une certaine aisance. » Mais les riches n'y échappaient point, parce qu'en somme la contagion est, comme l'avait bien vu Trousseau, la condition essentielle du mal. A ce propos, il fait jouer à la diphtérie cutanée, qu'il venait de découvrir et dont il s'était fait l'historien si fidèle, un assez grand rôle dans la dissémination du fléau, parce qu'elle dure longtemps et qu'elle favorise beaucoup le contact médiat ou immédiat par lequel s'effectue la transmission.

Les inoculations bien connues, qu'il effectua courageusement sur sa propre personne, lui firent penser que la diphtérie ne pouvait se communiquer de cette façon. On sait en effet que le microbe de Lœffler ne vit pas dans le sang et qu'il réussit bien

mieux sur une muqueuse ou une peau dénudée d'épiderme que dans le tissu sous-cutané.

A l'époque que nous étudions, Trousseau était convaincu, comme tout le monde, que les dangers de la diphtérie étaient surtout d'ordre mécanique et qu'ils résultaient principalement d'une obstruction des voies aériennes par envahissement du larynx, bien qu'un certain nombre des sujets qu'il avait observés en Touraine, en Sologne et dans le Loiret fussent morts dans une adynamie profonde et au milieu de symptômes relevant nettement d'une infection générale de toute l'économie. Il pensait aussi, comme son maître Bretonneau, que la gangrène pharyngée, au cours de l'angine pseudomembraneuse, n'était qu'une illusion engendrée par l'état putrilagineux des dépôts fibrineux. Enfin, il ne connaissait guère les complications viscérales à distance de l'affection et ignorait notamment les troubles de la convalescence, connus actuellement sous le nom de paralysie diphtérique.

Sur ces divers points, il dut modifier et élargir ses primitives conceptions, dans ce qu'on pourrait appeler la deuxième phase de son rôle en diphtérie.

La terrible épidémie parisienne de 1855, qui frappa si durement le corps médical, avait ouvert tous les yeux sur l'existence d'un véritable empoisonnement du sang, terrassant ses victimes avant qu'elles aient eu le temps d'être asphyxiées. Gubler, Isambert, Barthez et bien d'autres insistèrent sur ces formes graves, rappelant les plus mauvais cas du garotillo de funeste mémoire, si bien décrits par les épidémiologistes espagnols du XVII[e] siècle. Trousseau se rendit de bonne grâce et admit, à côté des diphtéries ordinaires tuant par obstruction mécanique des voies respiratoires, une diphtérie maligne fatale par ses phénomènes infectieux de la plus haute gravité. On sait avec quel talent, avec quelle force incomparable d'élocution, il a su dépeindre la terrible situation des malheureuses victimes qui sont emportées par cette sorte d'intoxication générale ; mais il combat, avec énergie, l'assertion de ceux qui, égarés par les apparences, voulaient établir entre les cas bénins et les cas malins du fléau une différence de nature. « L'angine diphtérique modifiée peut, par exemple, communiquer la diphtérie simple ou maligne, absolument comme la variole modifiée est susceptible de communiquer la variole discrète ou confluente et réciproquement. » Il signale de nombreux faits cliniques prouvant qu'il en est bien ainsi.

Le sphacèle diphtérique fut longtemps nié très résolument par lui, malgré les cas assez démonstratifs publiés de temps à autre, notamment ceux de Becquerel. Pour lui ouvrir les yeux,

il fallut la retentissante communication de Gubler, en 1855, et encore soutint-il que la gangrène pharyngée n'en restait pas moins une très grande exception. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce sujet.

Quant aux paralysies diphtériques, rappelons qu'il fut le premier, avec Lasègue, à signaler celle qui siège sur le voile du palais. Mais il ne sut point démêler la pathogénie de ces troubles moteurs, il les attribua, avec son collaborateur, à des altérations musculaires par propagation, consécutives à la phlegmasie de la muqueuse pharyngée. Cependant, il ne peut s'empêcher de reconnaître que, dans le cas vu en commun avec le docteur Vasseur, « il y avait du strabisme, du mal de tête, des douleurs en un bras ; en un mot, tous les signes d'une affection cérébrale ». Il fallut, pour lui dessiller les yeux, la thèse de Mengaut, dans laquelle ce dernier invoqua, non pas des lésions musculaires, mais des altérations des nerfs du voile et démontra qu'en outre des troubles moteurs, il existait une anesthésie sensorielle évidente. Sur ces entrefaites, Trousseau avait pu observer une jeune américaine dont l'observation est bien connue et qui eut successivement des perturbations parétiques généralisées avec amaurose. Ce fait le frappa d'autant plus que son maître Bretonneau avait publié, peu auparavant, le cas si remarquable à ce point de vue du docteur Herpin de Tours. Il fit alors sur les complications nerveuses de la convalescence de la diphtérie une conférence des plus intéressantes, où il n'hésita pas à attribuer à cette infection la cause de tous les accidents, opinion qui fut bientôt combattue par Gubler[1]. Celui-ci, s'appuyant sur certains cas analogues observés au cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, etc., attribue à l'asthénie, c'est-à-dire à l'épuisement nerveux les paralysies observées.

Angine phlegmoneuse. — L'étude magistrale qu'a donnée Trousseau de la diphtérie de la gorge est certainement la meilleure contribution qu'il ait apportée à la pathologie pharyngée ; cependant, on aurait tort de croire que là se sont bornés les services qu'il a rendus dans cette direction. On lui doit des remarques fort intéressantes sur d'autres affections gutturales, telles que l'angine phlegmoneuse, l'angine rhumatismale, la gangrène du pharynx et le muguet.

Longtemps confondues ensemble, les inflammations tonsillaire

1. Les faits invoqués par Gubler, dans le cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la variole, etc., sont en effet assez souvent dus à l'asthénie. Mais ici, comme dans la diphtérie, la plupart des cas semblent relever bien plutôt de la polynévrite ou même de lésions centrales.

et péri-tonsillaire commençaient à être assez nettement distinguées les unes des autres. Trousseau, du reste, se préoccupe surtout de fixer l'évolution du mal. Il insiste sur la marche rapide et rappelle, à ce propos, les intéressantes recherches de son collègue Louis. La durée habituelle des accidents serait de neuf jours, tous les symptômes disparaissant au bout d'un septenaire malgré leur caractère parfois alarmant. Quelle que soit la conduite tenue par le médecin, l'évolution, selon lui, n'en est guère troublée. En un mot, comme Trousseau le répète, c'est une des maladies « qui font la gloire ou le désespoir de tous les médecins ». Aussi, ce qui est recommandé ici, c'est l'expectative armée, la thérapeutique étant impuissante à enrayer le processus morbide. Le grand clinicien, en exagérant un peu dans ce sens, rendait en somme un grand service à l'art de guérir. Il suffit, en effet, de parcourir notre histoire des maladies du pharynx, pour voir à quelles extrémités se portait trop souvent l'esprit inventif des praticiens aux abois. Se résigner à ne rien faire, ne pas se laisser terrifier par des phénomènes parfois effrayants, c'était certainement un progrès véritable et que n'avaient pas su entrevoir la plupart des nosologistes de l'époque. De là, ces cautérisations, ces scarifications, ces saignées répétées, ces piqûres de veines ranines, cet emploi intempestif de l'alun que l'on voyait prôner de temps à autre dans les différents périodiques. Selon Trousseau, l'anxiété du malade finit presque toujours par céder, comme par enchantement. Dès que l'abcès s'est ouvert, le soulagement est immédiat et définitif. Cependant, il ne veut pas d'intervention active pour vider la collection purulente. C'est d'abord parce qu'il a confiance dans la nature médicatrice. C'est aussi qu'il se rappelle divers accidents dus au voisinage compromettant des gros vaisseaux du cou. Un certain nombre d'hémorragies mortelles, à la suite d'ablations tonsillaires ou même d'incisions d'abcès, avaient été publiées de son temps. Il régnait une véritable crainte d'aller trop profondément. Les dangers qu'entraîne la proximité de la carotide interne étaient, d'ailleurs, notablement exagérés dans les traités d'anatomie topographique (Velpeau, Blandin, Jarjavay, etc.).

En résumé : « Antiphlogistes, révulsifs, topiques, astringents, rien, je le dis pour la troisième fois, n'enraye la marche de l'angine phlegmoneuse, rien n'abrège sa durée, qui est naturellement courte, et la guérison est le fait constant. Dans ma vie médicale, déjà bien longue, je n'ai jamais vu personne mourir de cette affection. » Trousseau exagérait à son tour dans le sens optimiste pour amener la réaction désirable dans le traite-

ment de cette maladie, laissant un peu volontairement de côté les faits déjà connus de fusées purulentes, se propageant dans les régions du voisinage et même dans le médiastin, la plèvre, etc. L'angine de Ludwig, puis celle de Senator, montreront définitivement que les anciens n'avaient pas toujours tort de tant s'alarmer en face d'une esquinancie à allure grave. Néanmoins, ce sont là des exceptions et, dans la grande majorité des cas, les affirmations de Trousseau sont, en réalité, parfaitement exactes [1].

Angine rhumatismale. — Trousseau a su attirer l'attention de ses contemporains sur l'angine rhumatismale, déjà signalée par Musgrave, Franck et Valleix. Il mentionne comme eux la vive rougeur du gosier, les douleurs concomitantes qu'on remarque du côté des muscles du cou, l'intensité de la dysphagie, mais tout cela en quelques mots brefs, quoique caractéristiques de l'évolution du mal, qui ne durerait pas plus de trente-six à quarante-huit heures; ce qui arrive, en effet, mais n'est pas constant. Il n'aborde pas la question de savoir si l'affection est toujours prodromique. Il revient sur la teinte comme érysipélateuse de la gorge et insiste sur l'analogie symptomatique avec l'angine phlegmoneuse. Cette similitude trompeuse aurait fait tout le succès de bien des méthodes irrationnelles de traitement contre l'esquinancie. « C'est dire, reprend-il, une erreur à éviter. » Voici du reste le court passage auquel nous venons de faire allusion.

« Il est une autre espèce d'angine bien autrement douloureuse que le phlegmon du pharynx, c'est l'angine rhumatismale.

« Un individu, sujet aux douleurs rhumatismales, prend un coup de froid. Au bout de quelques jours, il éprouve une douleur extrêmement vive dans la gorge, douleur telle, qu'il peut à peine avaler une goutte d'eau et même sa salive, la déglutition de ces petites quantités de liquide étant beaucoup plus pénible que celle d'un bol alimentaire. Cela s'explique par ce fait que, pour chasser vers l'œsophage ces petites quantités de liquide, les contractions du pharynx doivent être nécessairement plus énergiques que lorsqu'il s'agit d'un corps plus volumineux, sur lequel il a besoin de moins se resserrer. L'examen des parties malades fait voir l'intérieur du pharynx et le voile du palais d'un rouge plus ou moins prononcé ; la luette, envahie par l'inflammation, est œdématiée et s'est allongée. Tous ces phénomènes inflammatoires vont disparaître avec une grande rapidité parce

1. Trousseau lui-même reviendra un peu sur cette note optimiste, lorsque, à propos des angines gangreneuses primitives, il citera des exemples de phlegmasies gutturales septiques suraiguës.

qu'ils sont fugaces comme le sont, en général, les affections de nature rhumatismale. » Parmi les phénomènes ultérieurs, Trousseau signale non seulement l'arthrite, mais les rhumatismes musculaires du cou comme Franck et comme Valleix. « Et, en effet, le lendemain du jour où cette angine douloureuse se sera développée, la douleur aura cédé comme par enchantement, en même temps qu'une autre douleur peut-être occupera le cou, produisant le torticolis ; puis vingt-quatre heures après, ce sera l'épaule qui sera prise. Le lendemain encore, le malade se plaindra d'un lumbago. Quant à l'angine, elle aura duré trente ou quarante-huit heures. Si, à son début, vous avez diagnostiqué une angine phlegmoneuse commençante et que vous vous soyez empressés de mettre en œuvre les moyens que la thérapeutique tient à votre disposition, vous aurez beau jeu pour croire avoir arrêté court cette prétendue angine phlegmoneuse. C'est parce qu'ils avaient eu affaire à ces angines rhumatismales, que les médecins auxquels je faisais allusion tout à l'heure, ont pu se vanter de s'être ainsi rendu maîtres des angines phlegmoneuses commençantes et de les avoir fait avorter. » A ce sujet, il fait une remarque fort juste : « Les malades qui ont eu plusieurs fois de ces angines distingueront aussi bien la douleur de l'angine rhumatismale de celle de l'angine phlegmoneuse, qu'un goutteux distinguera sa douleur de goutte de la douleur d'une arthrite arrivant accidentellement, mais le médecin, je le répète, est incapable de les reconnaître dans les premiers jours de leur apparition. »

Angine gangreneuse. — Nous avons rappelé plus haut avec quelle ténacité Trousseau avait combattu l'opinion de ceux qui admettaient, au cours de la diphtérie, l'existence de lésions gangreneuses pharyngées. Il se souvenait avec quelle peine Bretonneau avait détruit l'idée adverse et démontré qu'il ne fallait pas prendre pour du sphacèle l'état putrilagineux des fausses membranes qui tapissent l'arrière-gorge. Lui-même avait excellemment insisté sur l'erreur dans laquelle tombe l'observateur inattentif, quand il aperçoit au gosier ce revêtement sanieux, noirâtre, fétide, mais qui ne tient pas réellement aux tissus, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en le détachant avec le pinceau. D'ailleurs, les recherches des anatomopathologistes avaient révélé combien est exceptionnelle la nécrobiose dans les inflammations vulgaires, tout autrement intenses dans leurs réactions phlegmasiques que la diphtérie. Comme son maître, il concluait donc à la très grande rareté, sinon à l'impossibilité, du sphacèle guttural au cours de l'angine pseudomembraneuse; et

cet avis, il continuait à le professer, malgré les faits allégués de temps à autre par différents observateurs, notamment par Becquerel (voir l'introduction), malgré la savante discussion historique du *Compendium de médecine*, où Delaberge et Monneret s'étaient efforcés d'établir historiquement la réalité de l'angine gangreneuse. Cependant, en 1857, lors de la célèbre communication de Gubler, les idées de Trousseau se modifièrent un peu et, dépassant la conception de Rilliet et de Barthez qui faisaient du sphacèle guttural un processus ultime mortifiant sans l'intermédiaire de la phlegmasie des tissus à vitalité déjà fortement compromise, il se demanda si, à côté des nécrobioses secondaires du pharynx, il n'y en avait point de primitives, évoluant au milieu de phénomènes réactionnels excessivement graves et démontrant l'empoisonnement général de l'économie. Cette variété, très rare il est vrai, constituerait l'angine gangreneuse primitive, qui n'est pas autre chose que nos angines streptococciques les plus malignes, où le sphacèle est en effet fréquent, ou mieux le phlegmon pharyngé de Senator.

Il semble bien qu'il en ait été ainsi dans l'observation fort intéressante qu'il rapporte du fils d'un confrère qui succomba au milieu de phénomènes d'adynamie très prononcés, après des prodromes qui furent assez longs. Quoi qu'il en soit, voici le tableau morbide qu'a tracé le grand clinicien de ces accidents gangreneux du pharynx.

« Cette gangrène est caractérisée par la présence sur les amygdales de plaques grisâtres, noirâtres, dans quelques cas entièrement noires, circonscrites par des bords taillés à pic et jaunâtres, qui sont plus ou moins saillants, lorsque l'affection ayant fait des progrès, l'escarre tend à se détacher des parties molles. Celles qui sont occupées par le sphacèle sont détruites, et quand l'escarre est tombée, soit spontanément, soit par le fait des cautérisations, on voit à sa place une ulcération plus ou moins profonde. La gangrène peut rester limitée en un point ; mais dans d'autres cas, elle s'étend de proche en proche aux parties voisines, envahissant le voile du palais, la luette qu'elle peut détruire plus ou moins complètement, gagnant la partie postérieure du pharynx, les replis aryténo-épiglottiques.

« La membrane muqueuse environnant les parties sphacélées prend une teinte livide, violacée, et présente les caractères d'une inflammation œdémateuse.

« La fétidité de l'haleine exhalée par le malade est caractéristique ; cette fétidité est, on le conçoit, d'autant plus considérable que la lésion est plus étendue et plus profonde. Cette odeur

gangreneuse a été comparée dans quelques cas à celle des matières fécales.

« Les malades accusent une douleur de gorge très vive, qui augmente pendant l'acte de la déglutition. Lorsque l'affection a gagné le voile du palais, et alors même qu'elle reste limitée à l'amygdale, la parole est gênée et la voix nasillarde.

« Les ganglions cervicaux se prennent, et leur gonflement est quelquefois aussi prononcé qu'il l'est dans l'angine maligne diphtérique ; d'autres fois, à la vérité, ce gonflement ganglionnaire manque, tandis qu'il existe toujours dans l'angine diphtérique.

« Cette maladie se traduit encore par des symptômes généraux d'une énorme gravité, témoignant de la malignité de la cause et de l'empoisonnement général de l'économie. Les forces de toutes les fonctions organiques sont considérablement déprimées, les facultés digestives languissantes; les malades perdent l'appétit, l'abaissement de la température animale est notable ; la coloration violacée de la peau des extrémités, comparable à ce qui se passe dans la période algide du choléra, est en rapport avec les troubles de l'hématose et de la circulation générale, mais il n'y a pas de réaction fébrile. Loin de là, les battements du cœur, le pouls se ralentissent et tombent bien au-dessous de la normale. La mort arrive par suite de cette dépression des forces vitales, et les malades succombent dans une syncope ; l'intelligence reste intacte jusqu'à la fin ou ne se trouble que légèrement, — ou bien ils meurent dans un état comateux. »

Muguet. — Trousseau a écrit, avec la collaboration de Delpech, un mémoire intéressant sur le muguet où il considère encore, avec Lélut, l'affection comme de nature pseudomembraneuse, mais bien entendu, non diphtérique. Il tend, contrairement à ses prédécesseurs, mais d'accord avec les anatomistes contemporains, à restreindre considérablement le domaine du mal. C'est ainsi qu'il conteste l'envahissement du larynx, de la trachée, des bronches et de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. « Valleix, Lediberder, Billard ont signalé l'existence du muguet dans toute l'étendue du canal intestinal jusqu'à l'anus. Les faits à l'appui rapportés par ces observateurs ne nous ont pas semblé assez évidents pour que nous ne conservions pas quelques doutes non sur leur authenticité, mais sur le jugement qu'il faut en porter ; que si l'existence de fausses membranes n'a pas paru suffisamment constatée sur la muqueuse intestinale, ce n'est pas à dire que cette membrane soit exempte d'altérations dans le muguet. Loin de là, dans presque toutes, nous dirons dans toutes les autopsies d'enfants

affectés de muguet que l'on a occasion de faire, l'entérite se manifeste sous toutes les formes. De là l'erreur où sont tombés souvent des auteurs recommandables, qui ont admis entre le muguet et l'entérite une liaison nécessaire et indissoluble. » C'était l'opinion de Valleix qui avait soutenu (voir cet auteur) que le muguet était la cause de tous les accidents athrepsiques présentés par les malades.

Pour Trousseau et Delpech, comme pour la majorité des nosologistes de l'époque, c'est l'idée inverse qui est la vraie, le muguet n'étant qu'un épiphénomène compliquant les inflammations intestinales, comme bien d'autres affections générales d'un caractère malin et aboutissant à une déchéance notable de la nutrition, ainsi que l'avait montré Blache dans un mémoire resté célèbre. Les deux auteurs insistent beaucoup sur cette variété de l'affection observée chez les adultes. « Disons en passant que nous avons vu assez fréquemment le muguet apparaître soit à la bouche, soit à la vulve chez les adultes affectés de phtisie ou de fièvre puerpérale. » Cette dernière phrase montre qu'ils confondaient les plaques couenneuses de cette dernière avec les dépôts de l'oïdium albicans, méprise dans laquelle tombaient la plupart de leurs contemporains. Dans ses cliniques, Trousseau est revenu sur le muguet ; mais il se borne à rappeler, sans grande originalité, les notions de l'époque qui avaient beaucoup évolué, du moins au point de vue pathogénique.

11. — LASÈGUE

LE TRAITÉ DES ANGINES

I. — Notions préliminaires.



Parmi les nosologistes qui, vers le milieu du siècle dernier, se sont occupés avec le plus de succès des affections gutturales, Lasègue tient une place tout à fait éminente. Si d'autres branches de la médecine lui doivent beaucoup (ex. : délire des persécutions, symptomatologie de l'épilepsie, bronchites albuminuriques, etc.), il a fait accomplir à la pathologie pharyngée de remarquables progrès. Non content d'exposer, avec une lucidité et une maîtrise incomparable, les idées de l'époque sur le sujet, il a complété celles-ci sur bien des points d'une importance capitale.

Comme il fallait s'y attendre, l'*étiologie* y est fautive, puisque l'auteur ignore encore, et pour cause, la théorie si féconde des germes pathogènes. Par cela même, il ne se rend pas un compte suffisant des complications septiques, qu'avaient entrevues cependant les anciens (car la doctrine des humeurs peccantes permettait, par l'hypothèse des métastases, de se faire quelques idées des répercussions éloignées sur l'organisme — voir le premier volume de notre *Histoire du pharynx,* à propos de l'Encyclopédie hippocratique). Il est vrai que Lasègue compense un peu ce désavantage, en étudiant avec la plus grande attention le terrain sur lequel évoluent les angines, imbu qu'il était des conceptions diathésiques si brillamment exposées par ses contemporains, Chomel, Pidoux, Trousseau, Guéneau de Mussy, etc., tout en affirmant que rien dans les lésions ne donne à la phegmasie gutturale, dans ces cas, une apparence spéciale.

L'*anatomie pathologique*, qui, du reste, même à l'heure actuelle, n'est pas aussi avancée qu'on pourrait le croire, faute d'autopsies, n'est qu'esquissée dans son ouvrage ; les chercheurs n'avaient pas encore eu recours aux inflammations expérimentales chez les animaux, pour suppléer aux données, généralement absentes, des

nécropsies. Mais, comme le fait remarquer Lasègue, la gravité de cette lacune est balancée en partie par le caractère visible des lésions. « Sous ce rapport[1], dit-il, les maladies de l'arrière-gorge nous permettent d'assister à toutes les phases de l'évolution pathologique, depuis la simple rougeur qui confine à l'aspect normal, jusqu'à l'ulcération, et nous fournissent des enseignements incomparables. Tandis que la plupart des affections muqueuses soustraites à la vue et au toucher se jugent par leurs conséquences, ici l'examen est facile, et l'observation directe. La physiologie pathologique, cette branche nouvellement dénommée et justement exaltée de la science, trouve ses applications légitimes. Tout se voit et s'apprécie sur le vivant, aussi bien le progrès du mal que sa marche vers la guérison. »

L'*historique* n'est guère abordé dans la monographie de Lasègue, bien qu'il fût très au courant du passé de la médecine et qu'il possédât, sur ce sujet, des notions remarquables. Il craignait peut-être d'augmenter outre mesure les dimensions de son ouvrage et de fatiguer le lecteur. Toutefois, en agissant de la sorte, il a mis celui-ci dans un véritable embarras pour distinguer ce qui lui est propre et ce qui revient à ses prédécesseurs ou à ses contemporains. D'autre part, on n'a point, en le parcourant, une notion exacte, en général, des luttes qui avaient lieu de son temps, à propos de telle ou telle doctrine.

En somme, comme il l'avoue en toute franchise, *son but exclusif est la clinique*. C'est par l'observation patiente, minutieuse des malades, qu'il est arrivé à nous tracer un tableau si remarquable de la nosologie gutturale. Certes, la clinique ne suffit pas à tout et l'on s'en aperçoit en parcourant ce traité des angines. Néanmoins, elle constitue incontestablement, comme on le sait, un des instruments d'investigation les plus puissants et les plus parfaits que nous possédions. Grâce à elle, la symptomatologie, la marche prennent ici un relief incomparable. Grâce à elle, enfin, Lasègue a vu souvent, avec une netteté merveilleuse, l'enchaînement souvent très compliqué de certains processus morbides. Ainsi, il a aperçu toute l'importance de la fossette sus-amygdalienne dans la tonsillite phlegmoneuse ; il a signalé, en quelque sorte, la nécessité d'une phlegmasie gutturale antérieure aux accidents articulaires dans l'angine dite rhumatismale. Comme Andral, il a bien saisi l'importance des désordres déterminés par l'hypertrophie des amygdales (et aussi des autres parties de l'anneau de Waldeyer) ; il les a soustraits à la scrofule, limitant ainsi singu-

1. Voir Introduction, p. IX.

lièrement son domaine au niveau du pharynx, contrairement à la plupart des médecins de l'époque. En restreignant de la sorte les limites du lymphatisme, en invoquant un trouble d'origine congénitale, il a rendu à la médecine infantile un service signalé et trop longtemps méconnu.

Il faut avouer que la conscience, la minutie, la subtilité même avec laquelle il étudie certains processus morbides, deviennent parfois fatigantes à la longue, surtout quand il s'agit de faits actuellement hors de tout conteste. Pour y prendre plaisir, il faut déjà un acquis personnel, des observations propres sur tel ou tel symptôme pharyngé, et un goût suffisamment vif pour les études médicales historiques. Dès lors, l'intérêt s'éveille d'une façon constante pour ainsi dire ; et ces réserves si fréquentes, où Lasègue avoue son ignorance, si elles déroutent le débutant qui a besoin surtout d'affirmations précises, plaisent à l'homme du métier, parce que ces hésitations, il les a souvent éprouvées pour son compte ; d'ailleurs, ces réticences font preuve d'une conscience scientifique élevée.

On aurait pu souhaiter aussi plus de divisions, plus de sous-titres, qui auraient donné davantage d'air dans le texte un peu trop compact. Enfin, on pourrait encore chicaner Lasègue sur la façon dont il a suivi le plan que semblait indiquer le titre de son ouvrage. A certains points de vue, il s'étend plus qu'on ne s'y serait attendu, puisqu'il traite, contre l'habitude, des angines secondaires aux pyrexies et autres maladies générales. Il en avait vu lui-même l'inconvénient. « Il est impossible de méconnaître, dit-il, qu'en isolant les angines pour en faire l'objet d'une étude plutôt exclusive que spéciale, on s'expose à des objections si bien motivées que je tiens à les devancer. Ce n'est pas impunément qu'on se résout à rompre l'unité de la maladie pour n'envisager qu'un de ses éléments. Lorsqu'il s'agit des grandes forces éruptives, l'éruption gutturale est rattachée par un lien tellement étroit à l'ensemble des symptômes que chacun de nous replace presque d'instinct l'énanthème dans le milieu pathologique d'où il a été détaché pour les besoins de l'analyse. » En suivant l'ordre adopté, il a su du moins faire ressortir très nettement l'allure et l'évolution de certains symptômes morbides qui n'avaient pas toujours été entrevus d'une façon précise. Jusqu'ici la critique est relativement désarmée ; mais on se demande pourquoi l'auteur a cru devoir parler des paralysies et des tumeurs du pharynx, sinon pour y intercaler, un peu arbitrairement, des notes fort intéressantes qui auraient risqué peut-être sans cela de se perdre.

D'autre part, il donne moins qu'on ne s'y attendait, en négligeant systématiquement les angines mercurielles et antimoniales, ainsi que les angines diphtériques moyennes ou graves. Il n'esquisse que la forme légère du mal, sous le nom de diphtéroïde. Il ne consacre pas non plus de chapitre spécial à l'ulcère et à la gangrène du pharynx, les regardant comme des processus secondaires.

Mais laissons là ces petites vétilles pour admirer les mérites si évidents de cet excellent ouvrage. Lasègue y est d'autant plus remarquable qu'il n'avait à sa disposition que des moyens d'explorations assez limités. Il ne faisait guère usage du miroir qui ne commençait du reste qu'à entrer dans la pratique et il en fournit les raisons suivantes : « Cet instrument excellent [1], qui a rendu, et qui est appelé à rendre de si grands services dans l'étude des affections laryngées, donne une notion moins vraie de l'état du pharynx. » Cette conception inexacte lui a fait sans doute méconnaître l'existence des affections de l'amygdale linguale ; car Lasègue se préoccupait fort de l'état de cet organe dans les différentes affections pharyngées et le décrit d'une façon remarquable. Mais il maniait avec beaucoup de dextérité l'abaisse-langue; et comme systématiquement, il examinait d'une façon précoce le pharynx, admettant que cet organe était envahi primitivement dans un grand nombre d'affections diverses (voir ce qu'il dit des maladies éruptives), il a pu saisir sur le fait bien des processus hâtifs. Il a même su entrevoir le catarrhe naso-pharyngé et ses relations avec les affections auriculaires, sinon les végétations adénoïdes. Il faut rappeler cependant, à ce point de vue, que les otologistes français de l'époque, notamment Ménière, avaient, ainsi que les Allemands et les Anglais, insisté sur les inflammations du nez et du rhino-pharynx, qui, à travers la trompe, se propagent à la caisse ; l'éveil était donc déjà donné sur l'importance et la fréquence des maladies du cavum. Lasègue a su du moins se rendre compte, lui qui n'était pas un spécialiste, de ce qu'il y avait de fondé dans cette tendance encore assez vague, en l'absence de la rhinoscopie postérieure qui ne commencera à se vulgariser qu'au moment même de la publication de son ouvrage.

Oublions donc les quelques imperfections du traité des angines, pour ne nous rappeler que les services si considérables qu'il a rendus à la nosologie gutturale. Ces services peuvent se résumer en un mot. Il a revivifié, en quelque sorte, l'étude des

1. Voir p. 324.

maladies de la gorge, à l'aide de la clinique et de la pathologie générale. C'est ce que nous allons nous efforcer maintenant de démontrer.

II. — Angines éruptives en général.

La première partie de l'ouvrage de Lasègue est consacrée à une catégorie d'affections gutturales très intéressantes, malgré leur caractère secondaire, mais encore mal élucidées. S'il avait été contemporain de Broussais ou de ses successeurs immédiats, il aurait pu être embarrassé pour écrire ce chapitre; car la vieille théorie des métastases venait de subir, ainsi que bien d'autres idées traditionnelles, les plus rudes assauts. Mais, à l'heure où il écrivait, cette notion capitale des déplacements que peut subir le siège du mal, non seulement au cours de la goutte, mais pendant l'évolution de certaines pyrexies, donnée sur laquelle repose l'intéressante méthode du professeur Fochier de Lyon, grâce à laquelle on détourne les processus morbides de leur localisation primitive à l'aide d'abcès sous-cutanés artificiels, cette notion, dis-je, était de nouveau suffisamment hors de conteste pour n'avoir pas besoin d'être démontrée. Et, comme Lasègue voulait faire de la clinique et non de la polémique ou de la discussion des grands principes, quelque passionnante et peut-être nécessaire que fût celle-ci, il passe outre, mais il émet une affirmation qui mérite discussion. Il affirme que les éruptions gutturales sont les équivalents des exanthèmes cutanés. Pour bien comprendre cette assimilation, il faut se rappeler combien était florissante, à cette époque, l'étude des maladies de la peau, grâce aux grands maîtres de l'hôpital Saint-Louis, tels qu'Alibert, Devergie, Bazin, Hardy, etc. Or, grâce à Bazin surtout, on admettait de plus en plus que la plupart des affections du revêtement cutané étaient dues tantôt à des pyrexies, tantôt à des vices du sang appelés diathèses. Or, les partisans des idées diathésiques se demandaient pourquoi le revêtement interne, si semblable parfois au tégument externe, échapperait à l'action de ces dyscrasies. Guéneau de Mussy, ainsi que plusieurs autres, avait nettement incriminé l'arthritisme et l'herpétisme dans sa description de l'angine granuleuse. Plus tard, ainsi que certains nosologistes, il admettra des eczémas de la cavité bucco-pharyngée et du vagin. Ces idées semblaient d'autant plus justes que Robin et ses élèves, alors tout-puissants à l'École de Paris, admettaient une similitude presque complète entre la peau et les muqueuses buccale, pharyngée et œsophagienne (voir le 1er volume de notre *Traité du pharynx*). Cependant les

différences d'aspect entre la peau même la plus délicate, la plus humide, et une muqueuse était trop évidentes pour échapper entièrement à Lasègue, bien que, dans plusieurs passages de son traité, il se soit efforcé de démêler, dans les éruptions pharyngées, les éléments simples tels que papules, bulles, vésicules, érythème, croûte, qui, suivant Willan, se retrouvent dans toute maladie dermique.

Il reconnaît toutefois que les inflammations gutturales ont des lésions élémentaires moins distinctes, plus aiguës, qu'elles tendent davantage à laisser derrière elles des phlegmasies chroniques. Mais ceci n'ébranle pas sa conviction ; il admet (page 2) que « la pathologie cutanée, si riche d'observations et assise sur des fondements si solides, sert et doit servir de type pour constituer la pathologie des membranes muqueuses de la gorge ». Pour démêler la nature d'un énanthème pharyngien, il faudrait donc le comparer avec les exanthèmes cutanés concomitants, qui sont en général, remarque-t-il, et ceci est d'une importance capitale, notamment pour la rougeole, plus hâtifs que les éruptions de la peau. Mais il ajoute plus de confiance encore à la nature même des altérations observées (érythème, vésicule, pustule, etc.). On cherchera donc à démêler de quel exanthème elles reproduisent les caractères classiques.

Il est facile de constater maintenant que cette assimilation des affections gutturales avec les affections dermiques contenait, à côté d'une part incontestable de vérité (ex. : éruption maculeuse de la rougeole, pustuleuse de la variole, vésiculeuse de l'herpès, identiques dans les deux cas), une part d'exagération qu'expliquent facilement la nature histologique et le fonctionnement différent des deux membranes, leurs conditions diverses de température, d'humidité, de vulnérabilité.

Par contre, on doit souscrire entièrement à l'exactitude d'une autre conception que Lasègue émet dans ce chapitre et qui tend à faire admettre des territoires nosologiques spéciaux dans la cavité buccco-pharyngée. Il y avait déjà longtemps que les auteurs les plus anciens avaient consacré, il est vrai, des paragraphes particuliers aux affections buccales, aux affections amygdaliennes, aux affections linguales, aux affections du voile (surtout de la luette), la clinique autant que la topographie imposant cette façon d'agir. Mais ceci se faisait pour ainsi dire d'une façon instinctive. Lasègue a au contraire admis intentionnellement l'existence de cantons bien spécialisés, au point de vue morbide, dans cette vaste cavité bucco-pharyngée. Ses vues ne reposaient pas comme actuellement, sur l'histologie, l'embryologie, la physiologie, le mode de

vulnérabilité, etc., mais seulement sur la clinique. Bien que réduit à ce seul mode d'investigation, il en a su tirer le parti le plus avantageux. Il montre, en citant les aphtes, qui respectent le plus souvent le pharynx, et en mentionnant la diphtérie qui ne touche guère à la bouche, que pharynx et cavité buccale constituent deux régions nosologiquement distinctes ; la physiologie nous explique cette dissemblance, en nous montrant que le pharynx appartient surtout à l'arbre aérien et n'est traversé qu'à des intervalles assez courts, en somme, par le bol alimentaire. Ses affections doivent donc être assez semblables à celles du nez et du larynx. Dans l'isthme, il distingue en outre de la racine de la langue et des amygdales dont l'indépendance est évidente, le voile et les piliers ; ce qui paraît tout d'abord prêter à la discussion. Il semblerait *a priori* que, si le voile a des tumeurs mixtes par exemple qui lui sont bien spéciales, les phlegmons de sa face inférieure devraient être toujours par contre secondaires aux inflammations des amygdales, et cependant il n'en est pas toujours ainsi. Depuis longtemps, notre attention ayant été attirée spécialement sur ce sujet, nous avons pu parfois reconnaître l'existence de petites érosions sur les piliers antérieurs ou sur la face inférieure du palais membraneux, qui s'entourent bientôt d'une zone rougeâtre. Tantôt le processus morbide se termine par guérison de la petite solution de continuité, tantôt, au contraire, il se propage à l'amygdale palatine qui se tuméfie comme le ferait un ganglion. Ce caractère secondaire de certaines tonsillites est facile à constater quand on opère sur le nez ou sur les végétations du cavum. Il est même possible, comme le soutient Körner, que l'amygdalite palatine soit d'ordinaire consécutive à l'amygdalite pharyngée [1]. Ce gonflement isolé, cette rougeur luisante du pilier antérieur qu'on constate fréquemment si on se donne la peine de regarder, avait beaucoup frappé Lasègue qui y revient à plusieurs reprises.

Il a su profiter aussi des travaux de plusieurs distingués médecins d'enfants, et notamment, de Barrier, de Rilliet et Barthez, pour montrer combien la question d'âge influe sur la pathologie de l'organe. Ce qu'il dit du pharynx du vieillard est bien exact et plus original ; car, il a été un des premiers à signaler les transformations si spéciales que la sénilité amène dans la gorge. L'influence du sexe est mentionnée mais peu approfondie.

a) **Angine scarlatineuse.** — Les manifestations gutturales de la

1. Marfan, comme on sait, croit que la diphtérie de l'amygdale palatine est, au moins très souvent, précédée d'une infection rhino-pharyngée.

scarlatine, par lesquelles Lasègue commence la description de ses angines « éruptives », avaient fait, dans tout le cours du XVIIIe siècle, l'objet de remarquables études cliniques. Il suffit de citer Morton, Huxham, Borsieri, etc. Nous avons montré, dans le deuxième volume de notre *Histoire des maladies du pharynx*, par quelles phases avait passé la question, et comment, pendant longtemps, on avait admis, comme Fothergill, égaré peut-être par les faits bien connus où la scarlatine simule à s'y méprendre la diphtérie, que l'angine pseudo-membraneuse n'est qu'une variété de scarlatine pharyngée, passée jusqu'ici inaperçue à cause de son peu d'intensité et faute d'observations précises au début du mal. Aussi Lasègue ne consacre-t-il pas de place spéciale à l'angine diphtérique, sauf à la forme la plus atténuée de celle-ci ainsi que nous l'avons dit plus haut, lui faisant subir en somme le même sort qu'aux ulcères et à la gangrène du pharynx. « J'ai, de parti pris, dit-il, dans son introduction (p. XXII), refusé d'ouvrir un chapitre distinct aux angines gangreneuses, ulcéreuses, couenneuses. Ce n'est pas que je conteste l'existence des lésions décrites sous ces dénominations traditionnelles, mais je crois qu'on rend à la pathologie un détestable service toutes les fois qu'on prend ainsi un des temps d'une lésion mobile pour en faire la caractéristique d'une espèce morbide. »

A propos des variétés cliniques de l'angine scarlatineuse, il invoque non seulement le génie épidémique particulier, mais encore un autre facteur. « C'est surtout à propos de la scarlatine qu'il est nécessaire de faire une large part à l'âge des malades. S'il est vrai qu'un certain nombre d'adultes passent par toutes les phases de la scarlatine, qu'on pourrait appeler infantile, on peut dire que d'autres sont sujets à une affection modifiée, confuse, à localisation inégale ou indécise, dont on retrouve à peine l'équivalent chez les enfants.

« La scarlatine type, et on sait combien même la plus régulière peut subir d'écarts, s'observe depuis l'âge de deux ans jusqu'à la puberté ; après cette période de la vie, elle a des anomalies multiples, et plus on se rapproche de la sénilité, plus elle est rare et incomplète. » C'est pourquoi Lasègue croit devoir séparer nettement la scarlatine des enfants de celle de l'adulte, sans méconnaître cependant leur identité spécifique.

Comme les médecins de son époque, l'écrivain ignorait les *causes* multiples qui peuvent modifier les manifestations angineuses au cours d'une pyrexie, telles que l'infection primitive au niveau de la gorge (et c'est le cas très vraisemblablement pour la plupart des scarlatines non traumatiques), les infections

secondaires, les lésions par empoisonnement local, lorsque les toxines engendrées par les microbes ou par l'organisme lui-même en état de réaction bactéricide s'éliminent partiellement par la gorge comme le ferait le mercure, etc.

De toutes les variétés morbides, il ne connaissait guère que l'érythémateuse, et à côté des déterminations pharyngées classiques de la scarlatine, l'angine scarlatineuse sans éruptions, à allure maligne, que Fothergill, ainsi que bien d'autres, tendaient à confondre avec l'angine diphtérique, dans un type hybride appelé angine maligne. Des nombreuses relations d'épidémie qui avaient été publiées à cette époque, il était résulté qu'on savait, dès lors, quelle influence primordiale exerçait le génie épidémique, la scarlatine pouvant se montrer tantôt extrêmement bénigne (Sydenham), tantôt si redoutable qu'elle rivalisait avec la peste (Morton, Huxham). Au cours du XIXe siècle, les excellentes descriptions laissées par Gendron, Grisolle, Rilliet et Barthez, Valleix, Trousseau, pour ne citer que les plus célèbres, montrent que les cliniciens de l'époque avaient aperçu et dépeint à peu près toutes les modalités possibles de l'angine scarlatineuse. Cependant, il restait encore certains points discutables sur lesquels Lasègue s'est étendu principalement. Il a eu aussi le mérite de mettre bien en relief les particularités de l'affection qui lui paraissaient les plus importantes.

Les déterminations pharyngées de cette pyrexie dépendent, en grande partie, de la gravité des manifestations considérées dans leur ensemble, bien que certaines scarlatines autrement bénignes s'accompagnent parfois de lésions gutturales très graves, ainsi qu'on en a cité quelque exemples. Décrire donc à part les symptômes pharyngés de l'affection, c'était en somme assez arbitraire, ainsi que nous l'avons dit déjà plus haut. Lasègue s'en excuse de la façon suivante : « La scarlatine représente une unité pathologique dont les manifestations sont solidaires, et il n'est pas sans inconvénients de détacher de l'ensemble un groupe de symptômes pour en faire l'objet d'une étude monographique. Si convaincu que je sois de cette vérité, j'ai cru devoir consacrer quelques développements à l'angine scarlatineuse. Les raisons qui m'ont déterminé sont de deux ordres, d'abord la gravité des accidents dont la gorge est le siège, et, en second lieu, l'importance des travaux publiés par les médecins du dernier siècle, qui ont soulevé tant de débats, et qui, en dehors de leur mérite clinique ont au moins une valeur historique incontestable. Dans cet exposé où la controverse n'occupe qu'une place très secondaire,

je traiterai d'abord des angines scarlatineuses franches, telles qu'elles se rencontrent dans la pratique, et j'appliquerai à l'examen rétrospectif des épidémies exceptionnelles, les données fournies par l'observation de chaque jour. » L'auteur se fait une idée spéciale de l'éruption pharyngée à laquelle il a consacré, comme il fallait s'y attendre, une attention toute particulière, qui lui a permis d'en donner ici une description très détaillée et en général fort exacte.

Cet *énanthème*, n'étant pas douloureux par lui-même et ne déterminant que de la sécheresse, échappe, dit-il, facilement au médecin non prévenu; mais, si l'existence d'une épidémie a éveillé son esprit d'observation et s'il observe d'une façon hâtive la gorge où il sait que la scarlatine localise d'abord son action, il pourra voir évoluer les différents stades de l'angine scarlatineuse. Lasègue note que, contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des autres fièvres éruptives, la cavité buccale est autant envahie que l'isthme et le pharynx. « L'intérieur des joues est d'un rouge plus vif que dans aucune autre affection inflammatoire (rouge-lilas, suivant Trousseau). » Cette manifestation bucco-pharyngée battrait déjà son plein quand l'exanthème cutané se déclare. Après avoir décrit les taches sur la face interne des joues, des lèvres, des gencives, où elles sont fugaces, sur la langue où elles offrent un aspect spécial bien connu, qui « ne fournirait aucune mesure du degré de l'angine », il insiste plus spécialement sur l'éruption de l'isthme. Tout d'abord il montre que celle-ci est en état d'évolution constante. « Plus difficilement observée, mais moins stationnaire qu'à la peau, l'éruption se transforme suivant la date de la maladie, et, dans les cas simples, elle accomplit sa révolution complète en quatre ou cinq jours, c'est-à-dire plus rapidement que l'exanthème. » La rougeur très vite « serait mate et non lisse, comme on l'a dit ». La turgescence des lésions serait très peu marquée (ce n'est exact que pour les cas ordinaires non toxiques); il n'y aurait pas de petites saillies comme dans nombre d'angines catarrhales, où les glandes formeraient si souvent comme de petites élevures. La topographie de l'éruption serait variable, tantôt diffuse, tantôt par îlot plus ou moins distincts, ainsi que cela s'observe sur la peau, laissant entre eux des surfaces plus ou moins indemnes. « J'ai vu, comme beaucoup d'autres observateurs, la rougeur scarlatineuse limitée à un seul côté, ou n'occupant que le centre du voile du palais. D'autres fois, elle prédomine sur quelques points, bien que toute la gorge soit visiblement atteinte; tantôt c'est la luette qui devient pourpre, tantôt les piliers antérieurs,

tantôt les amygdales. Je n'ai jamais vu le pharynx envahi isolément, comme il l'est dans certaines rougeoles ou dans la période prodromique de la grippe. »

Au bout des deux premiers jours, dit-il, la teinte tourne à l'écarlate ; la muqueuse s'épaissit en même temps que les amygdales se tuméfient. En outre, le gonflement des tissus rend le passage des aliments pénible et légèrement douloureux ; en un mot, il y a un peu de dysphagie. D'autre part, l'abaissement artificiel de la langue provoquerait un spasme du voile qui détermine des souffrances assez vives. Vers la fin du troisième jour, les phénomènes précités disparaîtraient rapidement dans les formes bénignes ; mais, si le degré du mal est un peu plus intense, il peut survenir soit une congestion passive, livide, avec œdème de la muqueuse et sécrétion séreuse, soit une éruption miliaire, « qui apparaît en général au troisième ou quatrième jour de l'angine. On aperçoit alors, soit sur la face antérieure du voile, soit sur les piliers ou les amygdales, presque jamais sur le pharynx, une série de petits points blancs beaucoup plus confluents et de moindre dimension que ceux de l'herpès et qui ne paraissent pas accroître la douleur ou la gêne de la déglutition..... les vésicules miliaires peuvent sécher sur place. C'est ce qu'on voit surtout à la face antérieure du voile du palais. » Lasègue, contrairement à certains auteurs qui rattachent les dépôts pultacés à une macération des cellules épithéliales en voie de prolifération, rattache à ces vésicules miliaires les susdites concrétions blanchâtres. « Sur les piliers et sur les amygdales, elles donnent lieu à une sécrétion de matière blanche plus ou moins caséeuse, déposée en couche plus ou moins épaisse qu'on détache aisément à l'aide d'une tige de bois munie de ouate, mais qui n'est enlevée complètement ni par les boissons, ni par les gargarismes. Ce dépôt pultacé est insignifiant lorsqu'il n'a pas plus de consistance. Je ne saurai trop recommander de s'assurer directement de sa ténacité, et de ne pas se fier à sa couleur, bien qu'elle soit un utile indice. Une cautérisation légère avec un caustique très dilué, pratiquée seulement après l'abstersion, n'empêche pas le dépôt de se reproduire, mais il se refait avec une activité décroissante. » Poursuivant l'identification qu'il essaye d'établir entre la miliaire de la peau et celle de la gorge, il admet que ces vésicules peuvent suppurer et laisser, quand elles disparaissent, des surfaces ulcérées plus ou moins étendues qui, comme cela a lieu sur les muqueuses, ne tardent pas à se recouvrir d'une couche pseudomembraneuse. C'est un enduit blanchâtre « d'une adhérence variable, mais

toujours résistant, qui n'a rien de commun, pas même la couleur, avec la simple sécrétion pultacée. » Il décrit l'envahissement rapide des piliers, du voile, des amygdales, dans les formes malignes de l'angine scarlatineuse. Parfois l'ulcère deviendrait phagédénique et entamerait sérieusement le voile, auquel il ferait subir des pertes de substances étendues. L'éruption miliaire, plus ou moins durable comme à la peau, serait plus hâtive dans la gorge que sur le revêtement cutané. « Nous retrouvons là une nouvelle application de la loi générale en vertu de laquelle les éruptions de la muqueuse gutturale accomplissent leur évolution avec plus de rapidité que les exanthèmes correspondants. Ainsi, dans la variole, où le processus est facile à suivre, les pustules de l'arrière-gorge sont déjà cicatrisées que celles de la surface du corps commencent à peine à devenir rudes au toucher. »

Le *deuxième stade* présenterait des formes diverses, suivant l'étendue du processus morbide. Lasègue décrit une variété diphtéroïde qui simulerait presque entièrement une angine pseudomembraneuse ordinaire. Les plaques au lieu de se cantonner tendent vers la généralisation. « Elles occupent non seulement les amygdales, mais le voile du palais, surtout à sa face postérieure; elles encapuchonnent la luette, et même s'étalent sur le pharynx. Leur bord est entouré d'uu liséré d'un rouge vif. La membrane muqueuse est, dans tous les points où elle n'est pas recouverte par l'exsudat, d'un rouge cramoisi ou vineux. Au toucher du doigt, on ne reconnaît pas les portions saines de celles qui sont tapissées par la fausse membrane, le tout est lisse, velouté, presque fluctuant sous la pression. » Revenant sur l'idée qu'il n'ose pas trop avouer, mais qui fait le fond de sa pensée, que la scarlatine et la diphtérie sont, sinon identiques, du moins très voisines, il ajoute qu'il serait presque impossible, en bornant l'examen à l'arrière-gorge et en ne tenant compte ni de la marche antérieure ni des complications, de discerner cette forme de l'angine scarlatineuse des maux de gorge pseudomembraneux qui se développent sous d'autres influences.

Dans la *forme bénigne*, l'exsudat disparaîtrait au bout de huit à dix jours, ce qui fait à peu près deux semaines pour la durée totale de l'angine.

Dans la *forme grave*, les choses ne se passeraient pas ainsi. Le plus souvent sous l'influence de la malignité que l'on reconnaît dans tout l'ensemble de la maladie, parfois mais bien rarement par le fait exclusif de l'angine, l'affection prendrait cette allure septique, si bien décrite dans les cliniques de Trousseau et que les

auteurs anglais du XVIII[e] siècle avaient fait ressortir avec un si grand talent. La description qu'en donne Lasègue est saisissante quoique courte, mais en somme peu originale. Par contre, il faut noter la sorte d'insistance avec laquelle est mentionné l'envahissement du larynx qu'avait nié Trousseau, bien que Lasègue déclare lui-même que le fait est assez rare. Il en profite pour exposer à nouveau son idée favorite de l'extrême parenté, sinon de l'identité, de la diphtérie avec la scarlatine et peut-être d'autres processus morbides. « Pour Bretonneau et pour Trousseau, dit-il, pour tous ceux qui ont adopté le principe fondamental sur lequel repose leur théorie, le croup est une affection spécifique ayant l'indépendance et la pérennité des espèces animales ; il s'engendre ou par contagion, ou dans des conditions indéterminées, mais il ne dérive pas d'une autre lésion.... Je ne puis, pour ma part, accepter la spécificité absolue, telle que l'ont admise les maîtres que je viens de citer. Il existe, depuis l'angine pultacée jusqu'à la diphtérie croupale la mieux définie, une série ascendante de lésions pseudomembraneuses de moins en moins distinctes du croup. » La propagation au larynx dépendrait donc de l'intensité du processus morbide qui peut transformer une angine pultacée ordinaire en une diphtérie bien accusée. « Les angines qui se produisent à la suite de la scarlatine, dans le deuxième stade de la maladie, représentent la série des intermédiaires qui établissent la transition entre l'angine pultacée et le croup. »

Comme Trousseau, il insiste beaucoup sur l'envahissement ganglionnaire, au cours de la scarlatine, et rappelle que la malignité de l'affection peut être suffisante pour faire suppurer des glandes lymphatiques très modérément tuméfiées. La collection purulente aurait parfois la marche d'un abcès froid (chez les enfants scrofuleux, où la scarlatine donne une impulsion aux lésions tuberculeuses locales, encore latentes). La guérison s'observerait très souvent sans que pour cela le ganglion fût forcé de s'abcéder. « Sous ce rapport comme sous les autres, l'adénite scarlatineuse n'offre rien de particulier. »

Les *complications septiques à distance* sont à peine esquissées, l'auteur étant limité par le plan qu'il s'était imposé et ne se faisant pas une idée bien nette, du reste, avec les théories de l'époque, du mécanisme de ces métastases. A propos des complications locales, il reconnaît n'avoir jamais vu d'accidents pharyngés gangreneux, bien qu'il n'en nie point la possibilité.

L'*évolution* de l'angine scarlatineuse serait calquée pour ainsi dire sur celle des manifestations cutanées. « Erythémateuse

d'abord, elle peut se compliquer de vésicules miliaires plus ou moins confluentes, plus ou moins hâtives. Seulement, tandis qu'à la peau, les vésicules crèvent et se dessèchent sans autres accidents, elles subissent sur la membrane muqueuse des altérations variables ; ou elles donnent lieu à un exsudat pultacé sans importance, ou elles sont l'occasion, en mettant à nu la membrane muqueuse enflammée, d'exsudations fibro-plastiques, ou elles préparent des ulcérations superficielles moins graves par elles-mêmes que par leurs conséquences. Ces lésions variables s'accomplissent rapidement ou lentement. Dans le second cas, elles constituent une affection *sui generis*, et avec laquelle la scarlatine n'a plus qu'un rapport de cause à effet. »

Enfin, quant au *diagnostic*, Lasègue ne se préoccupant guère, et pour cause, de la différenciation avec la diphtérie, met surtout en relief les analogies avec l'angine rhumatismale.

La scarlatine de l'adulte s'accompagnerait très souvent de ces formes avortées, de ces angines sans éruptions que l'on connaissait déjà assez bien du temps de l'auteur, grâce aux travaux du XVIIIe siècle. La rougeur bucco-pharyngée serait alors souvent elle-même peu distincte, et la langue presque pas modifiée. L'envahissement ganglionnaire resterait faible ou même indistinct ; l'albuminurie pourrait révéler ici la véritable nature d'un mal de gorge insignifiant ; deux observations personnelles montrent bien comment les choses se passent en pareille occurrence.

Nous n'insisterons pas sur les particularités relevées par Lasègue dans les différentes épidémies dont la relation nous est restée, ayant déjà fait nous-même autre part (voir notre *Histoire des maladies du pharynx*, vol. II) une étude de ce genre qui ferait ici double emploi. Ce qu'en dit l'auteur est du reste assez court à cause du caractère élémentaire de sa monographie.

b) **Angine de la rougeole.** — Les contemporains de Lasègue étaient assez divisés sur la façon de décrire le processus morbilleux au niveau de la gorge. La plupart admettaient qu'il était consécutif aux inflammations conjonctivales, qu'il était peu important, qu'il se bornait à un énanthème analogue à celui de la peau auquel il était postérieur. Cependant, Hein et d'Espine soutenaient qu'il se montre d'une façon précoce, opinion combattue par Rilliet et Barthez qui méconnurent ce fait, démontré un peu plus tard par Seux, de Marseille. Par contre, ces deux auteurs admirent avec raison que la congestion ne constitue pas l'unique élément anatomique de l'éruption

morbilleuse, et qu'il y a aussi de la tuméfaction de la muqueuse. Lasègue, comme il fallait s'y attendre, affirme que la rougeole frappe le pharynx avant d'atteindre le revêtement cutané. « Plus j'ai examiné les choses de près, plus j'ai été convaincu que la rougeole doit être assimilée à la scarlatine; que, comme la scarlatine, la rougeole commence par la gorge avant de s'étendre à la peau; que l'éruption gutturale est le plus souvent méconnue, mais qu'elle n'en est pas moins identique à l'éruption cutanée... Le temps est venu aussi de faire rentrer le catarrhe prodromique de la rougeole dans l'histoire de l'éruption morbilleuse dont il n'est qu'un des temps, ou plutôt une des localisations. Au lieu de déclarer que l'éruption de la rougeole débute du quatrième au cinquième jour de la fièvre prodromique, on doit admettre que l'éruption commence par les membranes muqueuses, et que c'est seulement vers le quatrième jour qu'elle apparaît à la peau. » Il s'appuie, pour soutenir cette façon de voir, sur les allures propres de la bronchite morbilleuse, opinion fort soutenable dans certains cas, mais pas dans tous, ainsi que le montrent ces catarrhes traînassants qui n'en finissent plus ; il est vrai que dans l'occurrence on doit invoquer vraisemblablement, non seulement la nature du terrain, mais encore des infections secondaires. Lasègue du reste reconnaît que l'énanthème se distingue de l'exanthème par la phlegmasie persistante qu'il peut laisser à sa suite. « Nous avons insisté, dit-il, sur la différence capitale qui sépare l'éruption muqueuse de l'éruption cutanée, en ce que l'une s'éteint sans laisser de traces, tandis que l'autre détermine des altérations plus profondes et plus durables. »

Il insiste sur la rougeur uniforme de la cavité bucco-pharyngée au début de l'éruption, teinte qui se fonce au niveau des piliers postérieurs d'un rouge ardent, et sur l'envahissement total du pharynx, beaucoup moins fréquent dans la scarlatine. Le mal se propagerait de là au nez, puis aux yeux, par le canal lacrymal (au lieu de suivre la route inverse admise généralement du temps de Lasègue). La rougeur pharyngée serait nettement plus pâle que dans la scarlatine, l'érysipèle et l'angine rhumatismale, sauf dans certaines épidémies où l'on note, contrairement à l'habitude, une couleur cramoisie. De plus, « tandis que dans la scarlatine, l'énanthème guttural n'avait que peu de tendance à se propager et se concentrait à l'isthme du gosier, ou ne s'étendait qu'à la langue et à la bouche, dans la rougeole, les muqueuses pharyngienne, nasale, oculaire, laryngée et trachéale sont envahies presque simultanément. » Le voile serait le siège d'une éruption évidente; mais Lasègue, comme il est facile de s'en

rendre compte, n'insiste ni sur le piqueté hâtif du palais membraneux, ni sur celui de la face interne des joues. L'énanthème qu'il admettait théoriquement, à cause de ses idées sur les angines éruptives, lui avait, en réalité, en grande partie échappé. Il décrit bien les macules, et même admet des papules; mais il pense que l'éruption commence par l'isthme et s'accentue ensuite sur la cavité buccale, bien que manifestations buccale et gutturale soient en réalité contemporaines. Comme pour la scarlatine, il soutient qu'il y a des rougeoles avec énanthème mais sans exanthème, et en fournit quelques exemples. Le fait s'observe en effet quelquefois, mais l'analogie est forcée; car, autant la scarlatine fruste est relativement fréquente, autant il est rare qu'il en soit ainsi pour la rougeole, tandis que celle-ci, assez souvent, ne frappe pour ainsi dire que la peau, respectant d'une façon à peu près complète les muqueuses. Il y a là un antagonisme entre les deux fièvres exanthématiques qui méritait d'être signalé, et dont Lasègue a méconnu l'existence.

L'absence de douleur n'a pas non plus toujours été constatée. Chez des enfants nerveux et au cours de certaines épidémies, la dysphagie peut être intense, bien que, le plus souvent, les souffrances, comme le dit Lasègue, soient réduites, pour ainsi dire, à leur minimum.

Par contre, on doit l'approuver sans réserve d'avoir insisté, comme il l'a fait, sur le caractère dangereux de la phlegmasie gutturale rubéolique à la deuxième période (après l'exanthème), principalement en ce qui concerne l'intégrité de l'oreille moyenne. Il signale aussi très nettement les rhinites interminables qui succèdent parfois aux rougeoles, et aussi certains catarrhes chroniques trachéo-bronchiques, qui, chez les sujets prédisposés, aboutissent trop fréquemment, comme on le sait, à la tuberculose. Il a même mentionné ce qu'on a appelé plus tard la scrofule postrubéolique, c'est-à-dire ces eczémas, ces lésions osseuses ou articulaires, qu'on voit survenir après la rougeole et aussi après d'autres maladies générales chez des jeunes enfants qui, jusque-là, avaient paru indemnes de lymphatisme. On s'explique maintenant ces faits, depuis qu'on se rend compte que les toxines microbiennes tarent profondément l'organisme et le rendent éminemment vulnérable, comme le ferait une hérédité vicieuse. Mais, ici, la susceptibilité morbide est acquise et non plus innée. Pour Lasègue, la rougeole frapperait peu le système lymphatique; mais là encore il a trop généralisé. Le virus rubéolique, quand il est plus intense que d'habitude ou qu'il agit chez des sujets prédisposés, peut parfaitement, quoique plus rarement que dans

la scarlatine, amener non seulement de l'adénite, mais encore de la suppuration ganglionnaire, comme l'avaient signalé Barrier, Gérente, Rilliet et Barthez... Lasègue doit en tous cas être loué de la profondeur avec laquelle il a su entrevoir les conséquences éloignées, multiples et souvent désastreuses, de cette affection, souvent d'allure si bénigne, qu'elle inspire la sécurité la plus trompeuse et la plus fausse, non seulement aux parents, mais encore aux médecins. « Les reliquats de la rougeole sont tellement nombreux et variés, ils sont soumis, pendant leur longue évolution, à tant de complications et d'incidents, que j'ai dû renoncer à en poursuivre l'exposé, même en la restreignant aux désordres des membranes muqueuses de la gorge et des cavités voisines. Le médecin qui voudrait écrire une histoire complète de la rougeole en ne bornant pas, comme d'habitude, son enquête à la phase éruptive, en ne la circonscrivant pas, comme j'ai dù le faire, dans une région limitée, et en prolongeant indéfiniment l'observation des malades, aurait à dérouler un des tableaux les plus saisissants de la pathologie. »

c) **Angine varioleuse.** — Les historiens des différentes épidémies de variole, au cours du XVIIIe siècle et de la première partie du XIXe, avaient signalé la fréquence, sinon la constance, des éruptions gutturales pustuleuses. Cocci avait insisté sur les déterminations au niveau du voile et de la luette (de morbo variolari, etc., *Disput.*, t. V, p. 563), Thompson (épidémie de Perth, 1818) sur celles du pharynx, ainsi que Lereboullet (épidémie de Strasbourg, 1833). Bartley-Gregory avait même affirmé que l'énanthème pharyngé peut se montrer avant l'exanthème cutané, bien que Sydenham eût soutenu que les deux sortes d'éruption sont contemporaines. Dans l'épidémie de Roquemaure, les pustules gutturales auraient été si volumineuses qu'elles faisaient craindre l'asphyxie (*J. de méd. de Beau*, 1843, p. 276).

Lasègue s'étend fort peu sur l'angine varioleuse, malgré les particularités intéressantes qu'elle présente souvent, peut-être à cause de son caractère secondaire, noyée qu'elle est au milieu de symptômes tout autrement importants auxquels elle est manifestement subordonnée, peut-être aussi parce qu'il n'avait pas eu l'occasion d'y faire ces remarques originales qu'il affectionnait, et pour l'exposé desquelles il avait manifestement entrepris la rédaction de son traité. Il se borne à rappeler qu'il est rare que les muqueuses de l'arrière-gorge « soient soustraites à l'éruption ». Contrairement à la scarlatine et à la rougeole, celle-ci se ferait sans ordre et d'une façon diffuse; d'autre part, la pustulation

cutanée ne donnerait pas la mesure de l'éruption gutturale, « qui peut être abondante, tandis que les pustules sont peu nombreuses sur la peau, et réciproquement ». Ici, l'énanthème serait manifestement postérieur à l'exanthème. « Les pustules de la membrane muqueuse n'apparaissent que tardivement vers le deuxième ou même le quatrième jour de l'éruption cutanée. » Les phénomènes réactionnels intenses qui accompagnent l'apparition des papules, puis des pustules, et si bien décrits dans Grisolle, sont ici rapidement signalés. Les pustules de la gorge sembleraient du reste « loin d'être aussi caractéristiques que celles de la peau ; leur processus très simple se compose de deux temps : 1° un soulèvement de l'épithélium sous forme de tache blanche, ronde, légèrement saillante ; 2° une ulcération superficielle à réparation rapide. Il sera souvent difficile à l'observateur le plus attentif de distinguer une pustule varioleuse de la gorge de tout autre processus éruptif autrement que par son siège. » Lasègue rappelle que l'angine varioleuse se complique parfois d'angine herpétique chez des sujets prédisposés. « Les deux éruptions suivaient leur marche régulière, l'herpès durait plus longtemps, il n'occupait que les amygdales manifestement enflammées, les vésicules étaient moins nettement arrondies, elles grossissaient sans laisser d'ulcération. » L'auteur nie très nettement toute relation entre la salivation et la pustulation bucco-pharyngée ; il s'agirait de deux phénomènes concomitants, mais indépendants l'un de l'autre. « J'ai pu constater, dit-il, que la salivation n'est en rapport ni avec la confluence des pustules de la muqueuse, ni avec une période déterminable de leur développement. » Lasègue affirme la bénignité de l'éruption variolique sur la gorge, bien qu'on eût déjà signalé des suppurations graves. Les phlegmons, les œdèmes laryngés, les gangrènes qu'elles déterminent parfois, montrent que son opinion n'est admissible que pour la majorité des cas.

d) **Angine de la fièvre typhoïde.** — Ce paragraphe si intéressant des angines secondaires n'a pas été abordé par Lasègue, qui se contente d'y faire allusion dans sa préface (Introduction, p. XVII). « Peut-être conviendrait-il de le rapprocher des maux de gorge toxiques. » Lasègue semble donc avoir soupçonné ces angines par toxines microbiennes engendrées à distance et transportées au niveau de la gorge par le courant circulatoire et dont l'existence est actuellement le sujet de discussions intéressantes. Il comparait aux angines mercurielles ou antimoniales les angines qui se déclarent si souvent à une période avancée de la fièvre typhoïde et à la phase de réaction du choléra. «J'ai renoncé, après quelques hési-

tations, à décrire ces affections, bien qu'elles fussent d'une observation fréquente et facile, et qu'elle me parussent dignes d'intérêt. A moins qu'elles n'aient été exagérées par des remèdes, comme on le voit à la suite du traitement par les boissons stimulantes, ces angines ne sauraient être considérées comme une localisation de la maladie. De même que la peau se sèche, que l'épiderme s'exfolie, que les lèvres s'irritent et se fendillent, que l'épithélium des gencives s'altère, que la langue se couvre d'un enduit fuligineux ou se dépouille à l'égal de ce qu'on observe après la scarlatine, de même que les conjonctives s'injectent, que les sécrétions d'autres muqueuses sont entravées, de même l'arrière-gorge subit, sous les formes qui lui sont propres, le retentissement du trouble apporté à la santé générale. Jamais elle n'est seule affectée, rarement elle est atteinte d'une façon prédominante, et les altérations dont elle est le siège sont conformes à celles qu'on observe sur tant d'autres points. Il en est ainsi pour la fièvre typhoïde, quoique plusieurs auteurs aient cru devoir instituer une espèce sous le nom de pharyngo-typhus.» Ces écrivains que Lasègue traite un peu dédaigneusement c'est l'illustre Huxham qui, dans son célèbre *Traité des fièvres*, leur attribuait une importance pronostique considérable, c'est Forget qui a bien mis en relief les accidents parfois fort graves qui peuvent survenir, etc. Les formes aphteuses, pultacées (épidémie rapportée par Chédevergne), l'angine couenneuse (Louis Oulmont), avaient déjà été parfaitement décrites, bien qu'on connût moins la forme ulcéreuse. On savait que les déterminations gutturales peuvent être précoces ou tardives et on avait signalé les complications auriculaires. Ainsi, égaré par l'observation de la généralité mais non de la totalité des cas, Lasègue a eu la malencontreuse idée de négliger des données précieuses et déjà suffisamment étendues. Il est vrai que l'interprétation des faits n'est pas, même à l'heure actuelle, toujours des plus aisées ; le mécanisme pathogénique semble, suivant les cas, essentiellement variable (infection primitive au niveau du pharynx, infections secondaires, angines par toxines typhoïdes sécrétées au niveau de l'intestin et apportées au niveau du pharynx par le torrent circulatoire, angines par toxines propres à l'organisme, sécrétées pour la lutte bactéricide, etc.). De plus, la fréquence et la gravité des manifestations gutturales oscillent dans des limites d'une étendue extraordinaire; de là, l'erreur de Lasègue.

e) **Angine herpétique.** — Lasègue décrit l'angine herpétique immédiatement après les manifestations gutturales des pyrexies

exanthématiques, parce qu'il regarde l'affection, ainsi qu'on le verra plus loin, comme l'équivalent d'une maladie éruptive; car il n'est pas exigeant en fait d'éruption. Pourvu que l'affection étudiée ait, à un moment donné, des déterminations gutturales, qui joueraient ou non le rôle de crise, comprise à la façon des anciens, et qui, en tous cas, prouveraient la tendance de l'organisme à se débarrasser au dehors des principes qui le troublent, cela lui suffit, ainsi que nons l'avons fait remarquer précédemment. Les idées de Bazin, ayant accoutumé les médecins de l'époque à considérer une foule d'affections cutanées comme dues à un vice du sang ou à une maladie générale[1], Lasègue ne faisait, en somme, que transporter dans la pathologie pharyngée ces notions régnantes. Mais il n'accepte pas ce terme d'angine herpétique sans l'expliquer[2]. Pour lui, il ne s'agit nullement d'une manifestation quelconque de la diathèse de ce nom admise par les dermatologistes contemporains. « La dénomination d'angine herpétique a été employée tantôt comme terme générique pour désigner toutes les affections angineuses qui paraissent relever d'un vice herpétique ou dartreux de la constitution, tantôt comme un nom spécifique réservé seulement à l'herpès vésiculeux de la gorge. C'est dans ce dernier cas que j'emploie ici le mot d'herpès. Il y a dans la langue médicale des nécessités extrascientifiques, auxquelles nous devons nous soumettre. Lorsqu'un nom de maladie a acquis assez de notoriété pour que les malades en comprennent la signification, nous sommes obligés ou de recourir à des périphrases, ou de nous servir d'expressions détournées de leur sens vrai. C'est ainsi que le nom de constitution herpétique a été substitué à celui de tempérament dartreux, terme vieilli et qui rappelait l'aspect répugnant des pires affections de la peau. Peu à peu, les deux expressions sont devenues synonymes au grand détriment du vocabulaire médical..... » Lasègue, qui avait étudié très soigneusement toutes les manifestations vésiculeuses qu'on désignait du nom d'herpès, se rendait parfaitement compte que *plusieurs entités morbides*[3] *se cachaient sous cette dénomination commune*; en effet, sous ce terme, beaucoup trop général, on englobait, outre l'angine herpétique proprement dite, des angines couenneuses vulgaires, diphtériques ou

1. Voir Gubler.
2. Willan et Bateman séparèrent les premiers l'herpès des dartres.
3. En somme, sous ce nom d'herpès, Lasègue comprenait toutes les manifestations vésiculeuses de la gorge, qui sont, comme on le sait, très fréquentes, mais d'origine bien différentes.

non, mais n'ayant pas l'allure de l'angine diphtérique ordinaire et des cas d'angine lacunaire [1], sans compter des zonas du trijumeau. « Même dans l'acceptation exclusive que j'adopte, dit-il, l'herpès guttural n'est pas une affection parfaitement définie, et je ne puis me dissimuler que l'espèce nosologique si bien caractérisée à la peau l'est beaucoup moins sur les membranes muqueuses. A la peau, la vésicule se reconnaît aisément, parce qu'en supposant qu'à une période de son développement on conserve des doutes, les phases successives de l'évolution auxquelles on assiste lèvent les indécisions. Sur la membrane muqueuse de la gorge, il s'en faut que l'évolution fournisse également des signes distinctifs. Remplie d'un liquide blanc, ou qui paraît avoir cette coloration par le fait de l'opacité de l'épithélium, la vésicule se rompt assez vite, la salive incessamment déglutie lave les surfaces qui ne se recouvrent pas de croûtes caractéristiques. Vésicule ou pustule, l'éruption offre peu de différence, et l'observateur le plus soigneux est forcé de compléter le diagnostic par des indices incertains. C'est ainsi que l'angine que j'ai désignée sous le nom d'acné a été et est encore confondue avec l'herpès, et que, pour le même motif, on a été conduit très probablement à attribuer à des affections pustuleuses de l'arrière-gorge la dénomination d'herpès qui se présentait tout d'abord à l'esprit. » C'est pourquoi tout en admettant qu'il était impossible pour le moment de séparer absolument toutes ces variétés, il a distingué nettement une *forme aiguë* (angine herpétique proprement dite) et une *forme subaiguë* (angine lacunaire ?) qu'il avait de la tendance à rapprocher des affections ecthymateuses, sans oser cependant pousser jusqu'au bout l'identification.

Pour bien comprendre ce qu'entendaient les contemporains par herpès guttural, angine herpétique proprement dite, quelques mots *d'historique* sont nécessaires. L'élaboration de cette espèce nosologique a été faite à peu près complètement par des maîtres français. En effet, si Willan (1801) en avait esquissé quelques-uns des caractères, si sa description avait été reproduite par Bateman, puis par Callot (1827), c'est Bretonneau qui insista sur la coïncidence de l'herpès labial avec certaines formes de l'angine couenneuse vulgaire (*Traité de la diphtérite*, p. 261 et 277), remarque essentielle qui fut signalée à nouveau par Guersant (art. DIPHTÉRITE, in *Dictionnaire de médecine*, en

1. Rappelons que Ruault admet une variété subaiguë de l'angine herpétique habituelle.

40 volumes), par Biett (*Leçons cliniques sur l'herpès*), par Trousseau (*Gaz des Hôpitaux*, 1855, *et Clinique*, volume I). Mais, pour avoir un tableau complet de la maladie, il faut descendre jusqu'à Gubler (*Union médicale*, 1858), qui fit paraître sur le sujet un mémoire des plus importants, où il regarde l'angine herpétique comme la manifestation locale d'une véritable pyrexie *a frigore*, dont l'évolution serait aussi intense que rapide. Non seulement cet auteur décrivit mieux qu'on l'avait fait avant lui les vésicules d'herpès, mais il mit en complète valeur l'apparence blanc crémeux des plaques fibrineuses consécutives, bien différente de la teinte grisâtre des membranes de la diphtérie; il montra leur adhérence notable, leurs bords sinueux, etc. La thèse de Péron, le paragraphe que Béhier et Hardy consacrèrent à la nouvelle entité morbide, dans leur *Traité de nosologie*, vulgarisèrent rapidement l'angine herpétique dans le public médical. On sait que, depuis la découverte des germes pathogènes, la bactériologie de cette angine n'est pas toujours univoque, bien qu'on tende à regarder les manifestations gutturales de cette sorte comme une forme spéciale de la pneumococcie bucco-pharyngée, le pneumocoque étant le microbe le plus souvent retrouvé. Mais on a mentionné parfois aussi le streptocoque et même le staphylocoque. D'ailleurs le pneumocoque peut revêtir une allure clinique tout autre que l'angine herpétique (celle par exemple d'une pharyngite banale); par conséquent, l'affection serait beaucoup plus un syndrome qu'une espèce nosologique véritable, lequel pourrait être simulé même parfois par le bacille de Lœfler, de telle sorte que la séparation de cette forme d'angine pseudomembraneuse avec la diphtérie est moins absolue qu'on ne l'avait supposé tout d'abord. C'est donc un de ces types de la pathologie pharyngée que l'on ne peut regarder probablement comme définitif, mais qui, néanmoins, ont une valeur clinique réelle.

Bien qu'il ne puisse revendiquer l'honneur d'avoir créé cette entité nosologique, Lasègue a du moins eu le mérite d'avoir approfondi *sa symptomatologie*, d'en avoir donné une peinture aussi exacte que pittoresque. Il insiste beaucoup sur la disproportion qu'il y a entre les troubles locaux et les phénomènes généraux ; à ce propos il rappelle la doctrine des anciens sur les pyrexies. « Les affections qui sollicitent à un si haut degré la participation de l'économie étaient rangées par les anciens dans la classe des fièvres. Ils admettaient que fébrile par essence est la crise générale ; la maladie se localisait secondairement » ; idée qui cadrait peu avec les théories organistes de Broussais, où tout

provenait de lésions locales. Lasègue n'ose pas se prononcer sur l'exactitude de l'une ou l'autre hypothèse, mais il insiste sur la gravité de la perturbation de l'économie, facile à expliquer aujourd'hui, maintenant qu'on sait que ces sortes de processus sont dus à une intoxication suraiguë par les poisons microbiens, ou, si l'intoxication est modérée, à une irritabilité spéciale du terrain (jeune âge, nervosisme). Du temps de Lasègue, il était encore impossible d'en débrouiller la pathogénie, puisque les éléments nécessaires d'information manquaient. L'auteur n'insiste pas et se borne à attirer d'une façon intéressante l'attention sur la gravité de l'atteinte que des lésions d'apparence si bénigne portent à l'organisme entier. « La fièvre par laquelle s'annonce l'angine herpétique, franchement aiguë, a une signification qu'on aurait tort de méconnaître ; elle prouve que l'économie tout entière a été mise en demeure, et elle explique comment une affection presqu'insignifiante par ses lésions est susceptible de troubler profondément l'organisme, d'exiger une longue convalescence ou de fournir occasion à des désordres qu'on n'eût pas attendus si on s'était borné à l'étude des altérations locales. » Il n'hésite pas à qualifier ainsi le stade initial. « Le malade est saisi presque subitement d'un malaise énorme. Le frisson initial, pour n'avoir pas la solennité de celui de la pneumonie, n'en est pas moins inquiétant. La sensation de courbature est extrême, la langue se salit vite, la bouche se sèche, le pouls est plein, fréquent, résistant, la face est ardente, les yeux sont injectés. » Tout ceci durerait une demi-journée, une nuit ; le lendemain, quelques phénomènes spéciaux et caractéristiques s'y ajoutent. « La céphalalgie est de tous les symptômes le plus incommode, et je ne sache, y compris la méningite aiguë, aucune autre maladie où le mal de tête prenne une égale intensité. Les douleurs sont généralisées ; elles occupent de préférence la région frontale, mais s'étendent à tout le crâne. D'autres fois, elles sont surtout occipitales et d'une intolérable violence. La tête est pesante, difficile à mouvoir. » L'explication, pour Lasègue, de ces divers symptômes, c'est la congestion encéphalique. « La lumière est mal supportée, le bruit redouble la douleur, le mouvement la réveille. Le malade est somnolent, absorbé, mais moins passif qu'il ne paraît l'être ; ses idées se succèdent tumultueuses, involontaires, confuses, avec un demi-délire qui lui laisse assez d'empire sur lui-même pour qu'il n'accepte comme réelles ni n'exprime les conceptions maladives qui l'obsèdent. » La congestion cérébrale est en effet tellement accentuée qu'elle aboutit parfois à la méningite, ainsi qu'on en a

publié, depuis Lasègue, des exemples. Ce dernier n'a eu qu'un tort peut-être dans cet admirable tableau si poussé, si brillant et si exact qu'il nous donne du début de l'angine herpétique, c'est peut-être de n'entrevoir que les cas les plus intenses du mal, ceux à symptomatologie bien esquissée.

A côté, il en est d'autres où l'affection est beaucoup moins bien caractérisée ; Lasègue semble se rendre compte qu'on lui fera ce reproche. « Qu'on ne suppose pas que je trace un tableau exagéré ; tous ceux qui ont observé avec sollicitude, ceux surtout qui ont subi cette très pénible épreuve, reconnaîtront que les symptômes que j'indique, comme appartenant *aux formes les plus aiguës*, sont conformes à la vérité. » Cette céphalalgie si violente, pouvant simuler la méningite, on s'appuiera, pour établir son diagnostic, sur la brutalité du début, sur l'absence de spasme, de convulsion, de raideur des membres, etc. Il y aurait en même temps que ce mal de tête, si bien mis en relief par l'auteur, de l'inappétence, un grand malaise, de la courbature, et, au milieu de tous ces troubles qui l'affligent, le malade, comme le fait fort bien remarquer Lasègue, perd volontiers de vue les symptômes gutturaux qui, par comparaison, lui paraissent insignifiants. Au début, en effet, les perturbations du côté du pharynx sont, chez beaucoup de malades, assez légères, de telle sorte que, même en songeant exclusivement à la gorge, on peut tenter de concevoir l'idée d'une angine rhumatismale ou érysipélateuse, à symptomatologie un peu irrégulière; mais si on a dépassé les quelques heures où l'aspect du pharynx reste douteux, il n'en est pas ainsi un peu plus tard ; comme le dit Lasègue, le plus souvent l'hésitation vient de ce qu'on ne sait pas suffisamment bien explorer la gorge. Il donne donc quelques préceptes pour cet examen.

« Il ne suffit pas d'introduire rapidement une cuillère dans la bouche, d'abaisser la langue et de jeter un regard furtif sur des parties mal éclairées ; il faut d'abord faire gargariser le malade à plusieurs reprises avec de l'eau tiède, le placer dans une situation commode pour lui et pour l'observateur, faire maintenir la tête et répéter l'examen jusqu'à ce qu'on soit sûr de n'avoir rien omis. Avec ces précautions, il arrivera rarement qu'on ne découvre pas, dès la première investigation, au moins une vésicule, petite, située parfois sous l'amygdale, en arrière d'un pillier, dans une anfractuosité, mais qui à elle seule affirme la maladie. L'herpès guttural est en effet très précoce et apparaît habituellement presque en même temps que les premières manifestations fébriles. » L'éruption serait assez variable. « L'herpès,

dans les cas d'une franche acuité, est discret ou confluent. Il fait explosion en masse ou successivement. » Son siège de prédilection serait les amygdales et il se propagerait de là aux parties voisines ou resterait cantonné sur place. Le nombre des vésicules ne mesure pas l'intensité du mal ; car « trois ou quatre vésicules d'herpès peuvent entraîner une fièvre énorme ». Néanmoins, leur peu d'abondance se verrait surtout dans les formes légères. De discrète, l'éruption peut, dit-il, devenir subitement confluente. Le mal demeure parfois exclusivement sur un côté de la gorge, mais d'habitude est bilatéral. L'apparition des vésicules sur les tonsilles les gonfle, les bosselle et les rendrait muriformes. Leur coloration serait d'un rouge plus ou moins foncé. Les vésicules qui se montrent sur les piliers du voile tuméfient légèrement, affirme-t-il, ces parties ; du reste celles-ci sont bien moins envahies que les amygdales ; ces glandes constituent le siège de prédilection du mal. C'est là surtout qu'on les verrait parfois prendre une allure confluente, bien que le plus souvent elles soient discrètes. Le pharynx serait encore mieux respecté que l'isthme (piliers et voile). « En fait l'herpès ne se disperse pas et n'excède pas les limites du triangle formé par les piliers antérieur et postérieur. » Cette remarque est juste, l'angine herpétique étant surtout une amygdalite dont le mode d'infection s'opère d'une manière spéciale ; par conséquent dans les cas types, ce sont les altérations tonsillaires qui doivent occuper le premier plan. Cependant, la localisation indiquée par Lasègue paraît un peu trop rigoureuse, chez certains malades où les vésicules sont positivement plus disséminées qu'il ne le dit. D'abord peu marquée, la dysphagie s'accentuerait de plus en plus et se transformerait bientôt en une sensation de brûlure au moment du passage des aliments. Mais cette gêne de la déglutition serait en rapport avec l'intensité de l'amygdalite dont Lasègue avait su démêler l'existence et non avec le nombre des vésicules d'herpès ; et c'est cette inflammation de la tonsille qu'il faut, suivant lui, traiter avec soin. « Par elle-même, l'éruption vésiculeuse n'a pas d'importance[1], tandis que la phlegmasie concomitante de la membrane muqueuse ou des amygdales mérite d'être constatée et combattue. » Comme durée du mal, Lasègue admet en moyenne quatre à six jours ; il peut se faire en une ou deux poussées séparées par un intervalle d'un à deux jours.

1. En effet, certaines amygdalites réalisent toute la symptomatologie de l'angine herpétique, sans qu'il y ait formation de vésicules.

Après ces généralités, l'auteur entre dans une étude approfondie des différentes variétés cliniques de l'herpès guttural. « La vésicule herpétique varie d'aspect, suivant qu'elle naît sur l'amygdale ou sur un autre point de la membrane muqueuse. Je ne décrirai que l'herpès tonsillaire qui offre seul assez d'intérêt pour exiger une description. Les vésicules se présentent *sous deux formes*, l'une plus rare et qui a jusqu'ici complètement passé inaperçue, l'autre plus fréquente et presque normale. Dans cette première variété, le malade plus ou moins fiévreux se plaint d'une douleur vive, d'une ardeur de la gorge qui l'oblige à faire un effort douloureux pour avaler la salive. Si on examine l'arrière-gorge avec la rapidité qu'on met d'ordinaire à cette inspection, on voit seulement que les amygdales sont volumineuses, inégales, rouges, et on conclut à une amygdalite simple ou catarrhale. Cependant les phlegmasies tonsillaires, franchement fébriles, sont si peu communes qu'on s'étonne et de la soudaineté de l'invasion, et de la véhémence du malaise, et de l'exagération de la souffrance. En y regardant de plus près, on distingue, sur la surface opaque de l'amygdale, de petites élevures transparentes, arrondies plus ou moins agminées, et qui donnent à l'organe une apparence singulière. Ces vésicules, assez semblables à des gouttelettes d'eau sucrée, sont bordées par un cercle opalin. Elles conservent pendant deux ou trois jours leur aspect et leur limpidité et se rompent sans avoir subi d'autres transformations visibles, en laissant une ulcération indistincte qui ne dure pas au delà de vingt-quatre à quarante-huit heures. Dans la seconde forme, de beaucoup la plus commune, la vésicule est de prime abord marquée par un point blanc opaque, plus ou moins nacré ; on s'en ferait une idée fausse en prenant pour type l'herpès de la lèvre. La vésicule en effet n'est pas sphérique, mais déchiquetée sur les bords, ou tout au moins à contours irréguliers. Le deuxième et le troisième jour, elle augmente visiblement de volume, sans atteindre les dimensions moyennes de l'herpès vésiculeux cutané. »

Abordant ensuite la question de savoir si on peut, comme au niveau de la peau, déterminer l'élément anatomique atteint, il répond par l'affirmative et incrimine nettement les cryptes tonsillaires. « Les vésicules herpétiques ne naissent pas partout indifféremment ; elles ne se développent qu'à l'*orifice* ou sur les *bords des cryptes muqueuses* et jamais sur les saillies globuleuses de la glande. C'est en considérant ce siège obligé qu'on est conduit à se demander si ces éruptions sont réellement des vésicules dues à un simple soulèvement épithélial, ou si elles ne sont pas

dues à l'inflammation d'un des appareils glanduleux dont l'amygdale est pourvue. » Ce siège cryptaire rendrait compte, suivant Lasègue d'un certain nombre de particularités : « La vésicule, dès le premier jour, se moule sur la cavité anguleuse à l'orifice de laquelle elle a pris naissance et acquiert ainsi des contours irréguliers. En passant le doigt à la surface, on ne sent ni dépression, ni élevure, et on ne change rien à l'aspect de l'amygdale. » Voici maintenant l'évolution : « Le second ou troisième jour, la vésicule se rompt ou paraît se rompre. Du quatrième au cinquième jour, elle disparaît sans laisser de trace. » Le processus ulcéreux décrit par Gubler et bien d'autres ne reposerait que sur une erreur anatomique, du moins on pourrait l'inférer d'après la phrase suivante de Lasègue : « Je sais qu'on a admis l'existence d'ulcérations à fond blanchâtre, mais en y regardant avec plus d'attention, je crois qu'on a pris pour une surface ulcéreuse l'ouverture de la crypte que la vésicule occupait. La coloration blanche de la vésicule doit-elle être rapportée à une infiltration de l'épithélium qui deviendrait opaque en se vascularisant (*sic*) à la manière de la cornée, est-elle due à l'état caséeux de la sécrétion ? Je serais disposé à admettre que ce double processus a lieu, mais en tout cas, la nature secrète du produit joue le principal rôle. » L'auteur insiste sur ce fait que la vésicule peut rester isolée du commencement jusqu'à la fin de son apparition.

Mais ce qui faisait alors l'intérêt de l'angine herpétique, c'était surtout l'existence de dépôts blanchâtres dans la gorge pouvant en imposer pour la diphtérie, le médecin assistant bien rarement, comme le fait remarquer Lasègue, au début même de l'affection, c'est-à-dire au stade des vésicules[1]. « L'intervalle qui séparait d'abord les vésicules se recouvre d'une couche caséeuse, blanchâtre, plus ou moins épaisse, plus ou moins étendue, et qui peut recouvrir la totalité de l'amygdale. Cette couche n'a pas la demi-transparence de la pellicule qui se forme dans certaines phlegmasies tonsillaires et qui est l'analogue de l'enduit blanchâtre des gencives chez les fébricitants. Elle se produit à des *périodes diverses* de l'affection ; mais il faut bien reconnaître qu'on examine rarement la gorge dès les premières heures et qu'il est difficile d'assigner une date précise à l'apparition des premiers points vésiculeux. » Comme Trousseau, Lasègue fait valoir l'intensité de la symptomatologie pour trancher le diagnostic entre la diphtérie et l'angine herpétique.

1. Bretonneau, Trousseau, Guersant, ne s'en occupent qu'à ce titre.

Il s'illusionne moins par contre sur les signes physiques différentiels tirés de l'exsudat lui-même : « On dit que la couche caséeuse est molle, sans consistance, sans adhérence aux parties qu'elle tapisse, il semble que ce soit, comme son nom l'indique, une sorte de revêtement caséeux accidentel. Et cependant, avec quelque patience ou quelque énergie que le malade se gargarise, le dépôt ne se dissout ni ne se détache, les liquides ingérés, les aliments plus solides ne l'entraînent pas. Lorsqu'on passe le doigt sur l'amygdale, il n'emporte pas de parcelles et ne modifie pas l'apparence de la surface. On dit aussi que la couleur est plus mate, mais ces distinctions de plus ou de moins sont toujours douteuses. Quant à la douleur, elle varie suivant une foule de circonstances qu'il est impossible de préciser. » Mais, suivant l'auteur, l'exsudat ne faisant que masquer les vésicules qui persistent au-dessous du dépôt blanchâtre, pour lever toutes les hésitations, il faudrait débarrasser les dites vésicules du magma qui les enterre pour ainsi dire. « Il n'y a qu'un moyen, un seul, de préciser le diagnostic, et fort heureusement, il est infaillible. Je l'ai noté, en isolant de parti pris, sur ce point, le siège de l'éruption situé à l'orifice des cryptes tonsillaires, tandis que la couche caséeuse de seconde formation occupe les surfaces saillantes. Grâce à cette disposition, si on réussit à enlever la pseudomembrane, on retrouvera au moins les traces des vésicules qui caractérisent la maladie et qui sont préservées, parce qu'elles siègent dans les fossettes des amygdales..... le meilleur procédé pour absterger l'amygdale est celui que j'ai eu l'occasion d'indiquer à diverses reprises et qui consiste à promener sur l'arrière-gorge une tige de bois, revêtue, à son extrémité, d'une légère couche d'ouate. » Ce petit appareil, par sa rigidité et son élasticité, serait bien supérieur aux pinceaux de charpie usités d'habitude. « Il faut appuyer assez fortement et s'y prendre à plusieurs reprises. »

Lasègue n'est pas bien fixé sur la véritable composition du dépôt pultacé[1]. « De quelle nature est cette couche pseudomembraneuse ? Est-elle sous-épithéliale, et est-ce à la persistance de l'épihélium qui la recouvrirait qu'on doit attribuer sa ténacité ? Est-ce un exsudat couenneux qui ne différerait des productions analogues que par sa moindre consistance ? Est-elle sécrétée par la membrane muqueuse dans les points qu'elle recouvre ? Est-elle le produit de l'exsudation de la vésicule qui se serait étalée ? Je ne

1. Laboulbène, *Traité des pseudomembranes*, avait montré leur peu de richesse en fibrine.

saurais m'arrêter à une explication qui me satisfasse. » En tous cas, « l'herpès guttural avec formation de fausse membrane secondaire représente, dans la presque totalité des cas, la maladie qu'on désigne sous le nom d'angine couenneuse, commune ou bénigne [1]. » Lasègue s'inspirait ainsi, en l'exagérant un peu, d'une idée que partageaient la plupart de ses contemporains et qui n'est pas tout à fait exacte, la pseudomembrane en dehors de l'herpès pouvant être due à de nombreux germes pathogènes, même à des champignons qui n'ont rien à faire avec le bacille de Lœffler, pour ne pas parler d'autres processus (ex. : ulcérations) totalement distincts de celui qui amène la pseudomembrane diphtérique. « L'angine couenneuse commune n'existe pas à titre d'espèce; elle est une simple modification, une complication, si l'on veut, de l'angine herpétique. Si on a persisté à admettre ce type confus et destiné à disparaître, c'est qu'on s'est borné à une constatation grossière de la fausse membrane, sans prendre la peine de pousser plus loin l'examen, et qu'on n'a pas cherché à mettre en évidence les vésicules de l'herpès, masquées seulement par la couenne. » Ces plaques blanchâtre apparaissent, dit-il, de bonne heure, disparaissent de bonne heure aussi, sans avoir besoin d'aucun traitement. » Les dimensions varient depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à un centimètre, et au delà, de diamètre. Elle peut déborder les amygdales, tapisser les anfractuosités qui les séparent des piliers antérieur ou postérieur, remonter le long du voile du palais et toucher la luette, mais il est extrêmement rare qu'elle prenne une si large extension. » Dans ce cas, en effet, il semble bien que la vésicule apparaisse sous l'influence du streptocoque ou du bacille de Lœffer et qu'il ne s'agisse plus ici d'un véritable dépôt pultacé, mais d'une pseudomembrane.

La convalescence serait lente comme celle d'une maladie générale (à cause de l'intoxication microbienne et de l'ébranlement profond éprouvé par l'organisme) et Lasègue fait ressortir ainsi la disproportion entre cette faiblesse persistante et la bénignité apparente de l'affection qui l'a déterminée. « Le malade entre alors dans un stade de convalescence, souvent plus durable que la maladie et moins rapide qu'on aurait pu le supposer après une si courte fièvre. L'appétit surtout reste languissant. La soif persiste, la bouche est pâteuse et désagréable, les aliments semblent n'avoir pas de saveur. Le convalescent, pâle, fatigué, incapable du

1. Pour Bretonneau et Trousseau, la couenne fibrineuse relevait de causes variées, plus fréquemment de la diphtérie; pour Gubler, de 'herpès en première ligne.

moindre exercice, garde une sorte d'alanguissement exempt de douleur et auquel il se laisse aller volontiers. C'est, dans certains cas, après dix douze jours de repos qu'il est en mesure de reprendre ses occupations. »

Parfois, des accidents cérébraux graves se déclarent chez les prédisposés, notamment le délire mélancolique dont il a pu observer un cas chez un malade qui venait d'être atteint d'angine herpétique. Un enfant de douze ans fut pris aussi, dans les mêmes ciconstances, d'un subdelirium passager. Parfois, la paresse des membres inférieurs semblait toucher à la parésie. Quant aux paralysies du voile, ce seraient des accidents locaux indépendants, selon Lasègue, du trouble général de l'économie. Dans un mémoire fait en collaboration avec Trousseau (*Union médicale*, 1845), il s'était efforcé de démontrer, en effet, que les angines, mêmes vulgaires, peuvent assez souvent atteindre la motilité du palais membraneux sous l'influence des poussées de phlegmasie qui paralysent la fibre musculaire sous-jacente à la muqueuse.

Comme accidents consécutifs, il pourrait survenir des engorgements ganglionnaires qui parfois persistent, suppurent d'une façon aiguë ou aboutissent à l'abcès froid chez les strumeux. Les péri-amygdalites seraient assez fréquentes au cours de l'herpès guttural. Celui-ci, par la fluxion qu'il a déterminée, peut aussi devenir le point de départ de l'hypertrophie amygdalienne ou exagérer celle-ci, si elle existait déjà.

A propos de la *forme subaiguë de l'herpès guttural*, Lasègue paraît croire que les symptômes sont les mêmes que dans la forme aiguë, sauf le degré ; « la durée n'est ni plus courte, ni plus longue, l'éruption n'est ni plus discrète, ni plus confluente » ; cependant, cette absence de perturbation générale intense avec des vésicules souvent très nombreuses, le gêne et l'empêche d'admettre une simple différence de degré. A l'heure actuelle, où nous savons que la réaction de l'organisme dépend surtout de l'abondance et de la nocivité des toxines microbiennes, et non des lésions locales, en somme insignifiantes, toutes ces hésitations nous paraissent superflues ; mais on comprend que ce désaccord entre l'altération locale et la symptomatologie générale, quand on se rapporte à ce qui existe dans les cas habituels, devait troubler un clinicien comme Lasègue, qui n'avait guère à sa disposition que l'examen des malades.

Signalant la coïncidence possible de l'*herpès labial* avec l'herpès guttural, il affirme que le premier n'est pas très fréquent, contrairement à ce qu'avaient affirmé quelques nosologistes. D'autre part, la pathogénie présenterait de notables diver-

gences. « On sait combien souvent l'herpès labial marque le début de certaines phlegmasies splanchniques et surtout de la pneumonie; l'herpès guttural, au contraire, exclut toute appréhension de ce genre ». Ceci est une erreur, le pneumocoque, producteur de l'angine herpétique dans la majorité des cas, pouvant parfaitement envahir le poumon, après avoir frappé l'amygdale, ainsi que le démontrent certaines observations. Il existerait, dit-il, toujours isolément, et, dès qu'on a constaté sa présence, on pourrait affirmer, quelle que soit la véhémence de la fièvre et du malaise général, qu'il résume toute la maladie.

Il y aurait une variété intéressante, c'est l'herpès qu'on pourrait appeler *secondaire* et qui n'avait pas échappé à l'investigation sagace de Trousseau[1] : « J'ai vu rarement, mais j'ai vu, l'herpès guttural éclater dans le cours des grandes maladies; c'était toujours à la période de déclin et à la suite d'affections auxquelles la gorge avait pris part. Je me rappelle en particulier un cas où l'angine herpétique, survenant ainsi vers la fin d'une variole, me causa quelques inquiétudes. La malade, en traitement dans mon service à l'hôpital Necker, et en voie de bonne guérison, fut prise d'un redoublement de fièvre, avec mal de tête, somnolence, langue pâle, sans autres troubles gastriques. Je ne supposais pas l'invasion d'un mal de gorge, de nature à expliquer la recrudescence des accidents. Ce n'est que lorsqu'elle se plaignit, deux jours plus tard, d'une vive douleur en avalant, que j'examinai la gorge et constatai la présence d'un herpès guttural assez confluent. »

L'herpès guttural pourrait peut-être même, suivant Trousseau et Lasègue, être l'équivalent d'une maladie infectieuse plus grave : « Dans d'autres conditions, il semble, dit ce dernier, que l'herpès guttural n'est que l'expression amoindrie, et pour ainsi dire abâtardie, d'angine d'une nature plus grave. C'est ainsi qu'on a noté la fréquence de l'herpès chez l'adulte dans le cours d'épidémies croupale ou scarlatineuses. Il est souvent difficile de ne voir là qu'un fait de coïncidence fortuite. » Poursuivant son assimilation de l'herpès guttural à une maladie générale, il montre qu'assez souvent il existe une véritable période d'incubation comme dans les pyrexies. « D'autres fois, l'angine herpétique est précédée par un plus long malaise. Le malade est fatigué, mal en train, sans indisposition définie ; il éprouve des douleurs musculaires vagues, de l'anorexie, de la douleur de tête, et l'exanthème semble jouer le rôle de ce qu'on appelait anciennement une affection critique. »

1. Cliniques. Tome I.

Quant à l'âge où se montre l'affection « l'herpès est surtout fréquent depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr. Il est très rare dans la vieillesse ». Jamais non plus il n'aurait vu le mal chez des enfants au-dessous de deux ans, bien que sa situation de médecin d'une crêche lui ait permis d'observer un très grand nombre d'enfants à la mamelle. Les saisons joueraient aussi un rôle évident. « L'angine herpétique, comme toutes les maladies provoquées par l'espèce de refroidissement, que j'ai décrite, se montre surtout au printemps. Dans certaines années, elle est d'une telle fréquence, qu'il n'y a pas de jours qu'on n'en rencontre un ou plusieurs exemples qui se présentent à la consultation externe de l'hôpital. »

Lasègue pense, en tout cas, que l'herpès peut régner épidémiquement et que bon nombre d'angines couenneuses sont au fond herpétiques ; d'ailleurs l'herpès se développerait volontiers dans les foyers de diphtérie et ce serait même une coïncidence à se rappeler. Il tend à admettre que les épidémies de diphtérie particulièrement bénignes ressortiraient en réalité de l'herpès guttural. (Angines vésiculeuses à bacilles de Loeffler.)

f) **Angine syphilitique.** — Bien qu'il ait été pendant deux ans médecin à l'hôpital Lourcine, Lasègue ne pouvait prétendre à beaucoup d'originalité dans une branche de la médecine qui réclame une si longue expérience clinique. Il ne devait donc s'inspirer que de l'enseignement des éminents maîtres, qui, après Van Swieten, Hunter avaient, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit à l'hôpital du Midi, soit à Lourcine, soit à l'Antiquaille, pour ne citer que les écoles françaises, amené la vénéréologie à un si haut degré de perfectionnement, malgré les lacunes considérables que l'on pouvait noter encore, dans tout ce qui concerne les différentes manifestions gutturales syphilitiques. C'est ainsi qu'au cours des accidents secondaires, on méconnaissait à peu près complètement les désordres morbides, souvent importants, qui ont lieu du côté des fosses nasales, du cavum, de l'oreille moyenne, etc., attribuant par exemple tous les phénomènes de surdité à une obstruction de l'orifice de la trompe, qu'on regardait du reste comme un fait exceptionnel. Dans la période tertiaire, les lésions destructives, du côté de la gorge et des cavités voisines, n'étaient guère qu'entrevues ; et le rétrécissement syphilitique du pharynx ne commençait qu'à peine à être signalé. On ignorait totalement les effets de la syphilis héréditaire tardive, de même que l'hypertrophie, puis l'atrophie des éléments lymphoïdes au cours de la syphilis acquise. Les accidents primaires eux-mêmes, bien

que très nettement décrits par Diday, en 1861, n'avaient pas suffisamment attiré l'attention de l'école parisienne. Niés par Roux, Velpeau, Gibert, négligés par Ricord, ils passaient sinon pour chimériques, du moins pour des raretés, sur lesquelles il était en quelque sorte inutile de s'appesantir; de telle sorte que Lasègue, entraîné par les idées générales qui régnaient sur ce sujet, ne se donne pas même la peine de signaler le chancre amygdalien.

Toutefois, s'il se borne, le plus souvent, à se faire en quelque sorte l'écho des grands maîtres, Lasègue se montre un disciple très avisé. Il met tout dans un relief extraordinaire, triant les faits avec une merveilleuse perspicacité. Avec ses qualités si remarquables d'observateur, il ajoute même, çà et là, aux connaissances déjà acquises. C'est avec un brio étonnant qu'il renverse les données assez simplistes adoptées encore par beaucoup, en ce qui concerne les déterminations syphilitiques pharyngées, pour les remplacer par une description autrement complète et véridique. A l'érythème, aux ulcères syphilitiques de Boyer et de quelques autres, il tend à substituer l'idée de la polymorphie des manifestations gutturales d'origine vénérienne. « Je me suis appliqué, dit-il, à décrire les espèces de syphilides gutturales plus soigneusement peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et à montrer que là, comme dans tant d'autres maladies, la membrane muqueuse de la gorge est l'équivalent pathologique de la peau ; quelque imparfaite que soit la tentative, elle ne serait pas inutile si elle a pour résultat de remplacer par des données positives des généralités. On a pris l'habitude, et c'est une très grande faute, de traiter l'angine syphilitique comme si elle représentait une unité, tandis qu'on s'ingéniait à multiplier les espèces de syphilides cutanées. Il faut admettre et reconnaître autant de syphilides de la membrane muqueuse qu'il y a d'éruption à la peau[1]. » En outre de cette idée très juste de la polymorphie des lésions gutturales, déjà reconnue par les syphiligraphes, mais sur laquelle ils n'avaient peut-être pas assez insisté, Lasègue a rendu un autre grand service, celui de combattre avec énergie ce terme commode, mais très vague, d'ulcère vénérien de la gorge, pour lui substituer des entités anatomiques beaucoup plus précises, principalement la gomme dont l'importance était déjà fort grande, grâce aux travaux des histologistes contemporains. Ici du moins Lasègue avait parfaitement raison de conclure que l'ulcère ne constitue en somme qu'une des phases d'un processus morbide dont trop

1. Baumés, de Lyon, et Cazenave étaient de cet avis.

souvent l'ensemble échappe. « Toutes les fois qu'on adopte pour une classe de lésions, quel que soit le tissu qu'elles occupent, la dénomination d'ulcérations ou d'ulcères, on peut affirmer d'avance qu'il s'agit d'un type provisoire, ce qui appelle de nouvelles recherches. L'ulcération n'est qu'un des termes de l'évolution ; j'accorde qu'il peut être le plus durable ou le plus dangereux, mais l'étude anatomo-pathologique d'une altération ne se fait pas avec son pronostic.

« En se bornant à constater et à décrire la période ulcéreuse, on passe outre à ses antécédents qu'on n'a pas eu l'occasion ou la précaution d'observer, et on ne prend même pas le soin de signaler cette lacune. Il en résulte que l'ulcération supposée naître d'emblée représente la totalité de la lésion dont elle n'est en réalité qu'un des temps.

« Plus on avance dans la notion positive des maladies et de leur développement, plus la classe, autrefois si compréhensive des ulcères, va s'amoindrissant. Il suffit de prendre pour exemple la pathologie utérine et la dermatologie, d'où le nom même d'ulcère a depuis longtemps disparu. En rapportant ainsi l'ulcération à l'affection primitive originelle, dont elle représente un degré, un processus obligé ou même une complication incertaine, on a réalisé un énorme progrès. »

Avant d'entamer l'étude, dit-il, des ulcérations de la gorge, « il est nécessaire de s'entendre sur la dénomination. Les auteurs ont confondu sous le nom d'ulcère des lésions de toute espèce, quand ils n'ont pas pris pour des pertes de substance les anfractuosités des amygdales. Le nom d'ulcération doit être réservé aux états pathologiques caractérisés par une destruction plus ou moins profonde de la membrane muqueuse, affectant en général une forme arrondie, à bords tranchés, et par conséquent représentant une lésion bien limitée sur la membrane à peu près saine. Ainsi comprise, la définition exclut les simples érosions épithéliales, qu'elles soient ou non recouvertes de produits fibro-plastiques ou purulents, qu'elles simulent ou non une perte de substance qui n'est qu'apparente. L'ulcération répond, à quelque degré, à l'idée d'un sphacèle, d'un arrêt de circulation capillaire, tandis que les lésions superficielles que j'élimine, s'expliquent par un tout autre processus pathologique. Les plaques muqueuses ne sont pas ulcérées[1], même quand l'épithélium ne les recouvre plus ; les pustules béantes ne rentrent pas davantage dans la définition admise

1. Lasègue ne connaissait pas la plaque érosive de Fournier.

d'ailleurs par tous les médecins ». Cependant, il restitue plus loin aux ulcérations gommeuses tertiaires une valeur clinique sinon théorique, ce qui est non une inconséquence, mais la reconnaissance très exacte des faits tels qu'ils se passent en réalité, le médecin ayant plutôt rarement l'occasion d'observer l'élevure (tubercule ou gomme) qui a précédé la perte de substance.

Lasègue insiste aussi beaucoup sur le caractère spécial des lésions, qui leur donne en général un aspect presque pathognomonique, très précieux pour le diagnostic. Les syphiligraphes anciens surtout avaient trop de tendance à regarder comme vénériennes les manifestations gutturales quelconques qui peuvent survenir chez un syphilitique près de la période d'infection. C'est ainsi qu'on était arrivé, un moment, à admettre des angines spécifiques que rien ne distinguait réellement, sauf l'étiologie supposée, des angines vulgaires. Il y avait eu un grand progrès à admettre que la vérole a des allures spéciales sur la gorge aussi bien que sur la peau. Lasègue se rattache franchement à cette opinion, qu'il s'efforce avec beaucoup d'insistance à faire prévaloir, tout en ne niant pas les réactions inflammatoires vulgaires consécutives, que déterminent souvent les lésions syphilitiques. Il leur fait même la part assez large et explique ainsi l'aspect assez confus de certaines manifestations gutturales vénériennes à la fin de leur évolution.

Éliminant, comme nous l'avons dit, les accidents primaires, Lasègue avait entrevu, ainsi que la plupart de ses contemporains, l'importance fondamentale de la division des accidents consécutifs à l'infection primitive en secondaires et tertiaires, que Ricord avait établie et défendue d'une façon si magistrale. A propos des premiers, il ne manque pas de mettre en plein relief l'intérêt très grand qu'a le clinicien à connaître les manifestations gutturales de la vérole, en présence de l'insignifiance fréquente ou même de la nullité des éruptions cutanées. « Non seulement elles n'appartiennent pas aux manifestations ultimes ou aux anomalies, mais elles peuvent devancer toute autre éruption [1]. Avertissant le malade par des sensations douloureuses, elles n'échappent pas à son observation, à la manière des éruptions indolentes de la peau que le médecin découvre si souvent avant qu'on songe à le lui signaler. Enfin, il se peut que pendant un laps de temps plus ou moins long, les lésions de la gorge soient l'unique expression de l'état constitutionnel ».

1. Nous avons déjà insisté sur la priorité que Lasègue tend à donner aux manifestations pharyngées dans toutes les maladies éruptives.

D'autre part, l'inspection en est facile. « Il n'en est pas ainsi des angines visibles, dont on suit aisément l'évolution, et qui sont aussi accessibles à la vue que l'exanthème cutané, et qui ne sont rien moins qu'un accident exceptionnel ». Niant résolument l'angine syphilitique que rien ne distingue de l'angine commune, Lasègue se borne à distinguer deux variétés d'accidents gutturaux secondaires de la vérole : l'érythème très semblable à celui de la rougeole et la plaque muqueuse, papule à laquelle son siège sur le revêtement interne et sa nature vénérienne ont donné un aspect si spécial et si pathognomonique qu'on ne retrouve rien de semblable en dehors de cette affection, ainsi que l'auteur a soin, après Bazin, de le faire ressortir. Il tend même, pour ces motifs, à y voir un élément éruptif spécial qui n'a plus avec la papule que des rapports assez éloignés. « Il existe, dit-il, parmi les affections éruptives de la peau d'origine vénérienne, une production toute particulière, et dont on pourrait dire qu'elle est la plus spécifique de toutes, je veux parler des plaques muqueuses signalées et décrites par les auteurs avec des caractères invariables [1], quoique sous des noms différents. Tandis que les autres éruptions : roséole, vésicule, bulles, etc. ont leur correspondant dans la pathologie cutanée non syphilitique, et qu'elles expriment des dyscrasies multiples, la plaque muqueuse appartient en propre à la syphilis. Quelle que soit l'évolution anatomique qu'on suppose, qu'on la considère ou non comme une papule dégénérée [2], il n'en est pas moins vrai qu'elle se comporte autrement que les éruptions papuleuses dont on la rapproche. Même à son début, avant que la surface soit érodée et ait revêtu l'aspect de membranes muqueuses qui lui a valu son nom, elle se distingue par des caractères tranchés, à ce point que la confusion est réellement impossible. Rattacher les plaques muqueuses à des éruptions dont elles s'éloignent par tant de côtés, me paraît plus nuisible qu'utile. C'est surtout quand il s'agit de classer les éruptions des membranes muqueuses qu'il importe d'assigner à ces plaques la valeur d'une espèce et d'éviter ainsi une des causes d'erreur qui ait le plus contribué à rendre confuse la description des angines syphilitiques ».

Lasègue identifie absolument *l'énanthème pharyngé* avec l'exanthème cutané. La roséole de la gorge, dit-il, suit la même marche, affecte les mêmes formes, obéit aux mêmes règles que la roséole cutanée dont elle n'est qu'une dépendance comme

1. Fournier montrera cependant qu'elle est assez polymorphe.
2. Cullerier fit de la papule la lésion fondamentale de la syphilis.

elle ; elle occuperait certains territoires (arrière-gorge et, dans l'isthme, principalement le voile et ses dépendances tels que piliers, luette, etc.). Son acuité, sa confluence, sa durée dépendraient en grande partie du tempérament des individus. Les macules donneraient l'apparence de cartes géographiques, c'est-à-dire qu'elles s'étendent en nappes irrégulières, sinueuses. « Les taches rosées sont tout d'abord d'un rouge plus vif que la peau, inégales, déchiquetées, parfaitement reconnaissables à première vue et n'ayant d'analogie qu'avec les plaques morbilleuses dont elles se distinguent moins par leur aspect que par l'absence de réaction générale ». La dysphagie serait très légère ; il y aurait un peu de chaleur. A une période plus avancée, la réaction inflammatoire rendrait le diagnostic plus douteux. « Les choses se passent ainsi les premiers jours; mais, à l'inverse de la peau, la membrane muqueuse peut devenir le siège d'une irritation diffuse qui complique le diagnostic. L'irritation secondaire est plus étendue, les amygdales et le pharynx y participent et celui qui examine la gorge, à cette période, inclinerait à admettre une angine catarrhale suraiguë s'il n'y apporte une suffisante attention ».

Lasègue aurait observé souvent une sorte de *pustulation* assez semblable à celle du cuir chevelu. « A la gorge, outre la rougeur diffuse, on observe, moins fréquemment que sur le cuir chevelu, mais encore assez souvent, une éruption d'apparence pustuleuse qu'il serait impossible de distinguer de l'acné simple ou même de l'herpès, n'était l'état général. Les follicules, non seulement du voile du palais mais des amygdales, s'enflamment et sécrètent un produit blanchâtre qui remplit leurs orifices. Cette lésion consécutive ou concomitante, je ne sais lequel des deux, est encore une cause d'erreur. » Il aurait vu aussi quelque chose d'analogue aux *squames* de la peau. « Enfin, à mesure que la roséole gutturale avance dans son évolution, elle peut donner lieu à deux autres modes d'altération plus rares. Les taches se recouvrent d'une pellicule blanchâtre qui correspond exactement aux squames cutanées ; il se fait par place de petits dépôts ambrés, demi transparents, et qui semblent dus à un œdème sous-épithélial, du moins est-ce l'hypothèse qui ferait le mieux comprendre leur aspect ».

A cette période, la rougeur ferait d'autant mieux croire à une angine rhumatismale subaiguë, qu'il existe fréquemment, comme dans les autres éruptions syphilitiques, de la courbature et des douleurs musculaires diffuses. « D'un côté, l'aspect de la gorge en imposerait à des observateurs inexpérimentés, et de l'autre, il n'est

pas rare que le malade se plaigne, outre un malaise demi-fébrile, de quelques douleurs articulaires vagues qui marquent le début de l'éruption. Je me contenterai de rappeler combien l'angine rhumatismale chronique est rare, et pour la roséole, comme pour toute autre éruption douteuse de la gorge, quand les malades accusent des douleurs indécises dans les jointures persistant pendant plusieurs jours sans fièvre, le plus pratique et le plus sage est de se poser la question de l'intoxication syphilitique, quitte à la résoudre par la négative après mûr examen ».

Les *plaques muqueuses* seraient parfois le seul signe de l'infection syphilitique. « Combien de fois il arrive que le malade averti par une douleur tenace qu'il éprouve dans le gosier et dont il est loin de soupçonner la nature, n'a recours au médecin que pour combattre cette incommodité ». Si on ne reconnaît pas ces lésions, on s'expose non seulement à ordonner un traitement inutile, mais encore à porter atteinte à sa réputation professionnelle. « Combien de fois aussi l'angine méconnue est-elle traitée sans succès à titre d'angine inflammatoire simple, de manière à compromettre tout d'abord la santé du malade, et plus tard, quand la méprise est devenue évidente, le crédit du médecin ». Leur ordre d'apparition, leur durée, varieraient plutôt suivant l'individu que suivant l'âge et l'intensité du mal. » Très hâtives chez quelques-uns, dit-il, elles apparaissent peu de semaines après l'infection, leur éclosion peut d'autres fois être beaucoup plus tardive. « Elles ne représentent pas un des chaînons indispensables de la série des phénomènes constitutionnels, et bien que leur présence ait une signification presque absolue, on n'est en droit de rien conclure de leur absence. Extrêmement confluentes chez certains individus, elles n'existent pas chez d'autres à lésions primitives identiques, à égale intoxication ». L'influence du sexe est nettement affirmée, les femmes paraissant être frappées plutôt du côté de l'isthme, les hommes du côté des commissures des lèvres. Pour bien montrer ce qu'est une plaque muqueuse, Lasègue, et il est un des premiers à avoir eu cette idée, fait un exposé comparatif très détaillé entre celles de la zone génitale (grande lèvre) et celles de la cavité bucco-pharyngée. Il décrit seulement la variété papuleuse, mais point l'érosive, qu'on commençait à entrevoir cependant à son époque. Il insiste beaucoup sur les complications inflammatoires secondaires, sur la réaction irritative, lorsque des soins appropriés ne sont point donnés. Le siège des papules serait moins circonscrit que celui de l'érythème syphilitique, bien que les amygdales[1] soient pour elles un

1. Pour Fournier, elles sont le nid des plaques muqueuses de la gorge.

lieu de prédilection, qui n'a pas été assez mis en relief par Lasègue, au moins dans la phrase suivante ; car, plus loin, il signale au contraire la ténacité de celles qui sont tonsillaires. « Les papules destinées à devenir des plaques muqueuses se développent indifféremment sur le voile du palais, sur les piliers, sur les amygdales, plus rarement sur le pharynx ». Elles n'auraient pas la même évolution et le même aspect dans la bouche et à l'isthme. Les symptômes réactionnels qu'elles déterminent sont parfaitement décrits. « Dès le début, les malades éprouvent une sensation bien plus douloureuse que celle qui se joint à la roséole ; l'âpreté de la gorge, sa sécheresse, sa chaleur, la déglutition douloureuse de la salive sont assez intenses pour devenir une préoccupation, bien que la déglutition des aliments soit relativement peu pénible. Ces sensations vont croissant à mesure que le mal fait des progrès, mais elles sont, dès l'origine, assez marquées pour que les malades qui consultent tardivement se souviennent d'une date précise. Au plus fort de l'affection, les malades éprouvent, presque sans exception, une recrudescence évidente durant la nuit. Ils sont réveillés à plusieurs reprise par la sécheresse de la gorge et obligés de boire une gorgée de liquide. C'est, de tous les accidents précoces de la syphilis constitutionnelle, le seul qui présente la périodicité nocturne qu'on ne trouve ni plus constante ni mieux caractérisée à la période tertiaire. Sous ce rapport, les plaques muqueuses de la gorge diffèrent de celles qui siègent sur les autres parties du corps et même à la bouche, et qui ne s'exacerbent pas durant le sommeil, ainsi que je l'ai constaté par une longue et minutieuse enquête. La répétition nocturne des douleurs est assez habituelle pour fournir un précieux élément de diagnostic ; on ne l'observe aussi positive ou à un tel degré dans aucune autre espèce d'angine, même dans les angines syphilitiques tertiaires ». Les bords seraient mieux limités sur le voile que sur la tonsille. « La papule initiale ou les papules peu nombreuses qui se sont produites simultanément, sont rarement observées et difficiles à reconnaître pendant les premiers jours. On voit seulement une plaque rouge à peu près circonscrite quand elle occupe le voile du palais, sans limite appréciable quand elle a pour siège l'amygdale. Peu à peu, les parties voisines s'enflamment à quelque degré, la rougeur est diffuse, la luette et le voile du palais sont œdématiés, l'amygdale est gonflée, plus saillante ». On pourrait se demander en quoi l'inflammation spécifique pourrait différer de l'inflammation vulgaire ; mais, comme le montre Lasègue, les modifications successives que subit la première sont assez

importantes pour éclairer l'observateur. « La surface change d'aspect, elle est veloutée, tandis que le reste de la muqueuse est lisse et tendu ; on le constate aisément en projetant une vive lumière qu'on fait doucement miroiter. Pour cet examen, comme pour toutes les investigations de la gorge, la lumière du jour, avec ou sans miroir réflecteur, est de beaucoup préférable à celle d'une lampe, si puissante qu'elle soit. La surface se recouvre au moins par intervalle d'une exsudation ou d'une pellicule blanchâtre, fendillée, inégalement épaisse ; l'épithélium se détache et laisse voir un fond de plus en plus fongueux, sillonné par des stries de mucus blanchâtre, pointillé, velouté sous le doigt.

« Si la lésion occupe les amygdales, celles-ci, augmentées de volume, se rapprochent, s'appliquent par un segment l'une sur l'autre, et on voit se reproduire dans la gorge les phénomènes que j'ai signalés en parlant de l'intertrigo des grandes lèvres. »

« Sur le pilier ou sur le voile du palais, les plaques sont moins fongueuses, plus opalines, mais elles n'ont jamais la blancheur mate des plaques muqueuses de la bouche et des lèvres. »

Comparant la congestion phlegmasique des plaques muqueuses gutturales avec celle des grandes lèvres et surtout de la bouche, Lasègue la déclare de beaucoup supérieure et ajoute : « Cette fluxion inflammatoire est un élément essentiel qu'on ne doit pas perdre de vue. Elle explique la douleur, la marche de la lésion, mais aussi elle vient troubler le diagnostic. Parmi les accidents syphilitiques, je ne connais que l'iritis qui soit plus franchement phlegmasique que l'angine à plaques muqueuses. » L'influence spéciale du milieu expliquerait pourquoi les plaques muqueuses de la gorge ne subissent pas les transformations si marquées de celles qui siègent sur les grandes lèvres.

« Les papules muqueuses de la gorge restent à peu près dans le même état pendant un espace de temps qui varie de quelques semaines à quelques mois, lorsqu'on ne leur oppose aucun traitement. Même livrées à leur évolution naturelle, elles sont constamment modifiées par les boissons, par les aliments, par la salive, en un mot par les agents très variés qui entrent en contact avec elles et qui sont autant de modificateurs. C'est en vertu de ces circonstances favorables que les plaques muqueuses gutturales ne subissent pas de plus profondes modifications, qu'elles se soulèvent à peine, ne se fendillent pas et ne se recouvrent pas de productions plastiques persistantes ou de croûtes. La mobilité des parties, leur lavage incessant, la disposition même de l'arrière-gorge, ne se prêtent pas aux inoculations par voisinage. Il n'y a que, lorsque les amygdales se touchent, qu'on voit survenir des plaques symétriques produites par le frottement. »

Lasègue insiste sur la dimorphie de ces syphilides sur le voile et sur les tonsilles ; celles-ci, à cause de la présence des cryptes, seraient non seulement différentes d'aspect mais encore d'une durée beaucoup plus grande, le mal trouvant à se cantonner dans les cavités de ces dernières et à échapper ainsi aux causes qui tendraient à enrayer son évolution. « Les plaques plus ou moins nombreuses, de dimensions variables, ont à peu près le même aspect, qu'elles occupent les piliers, le voile du palais et la luette. Il n'en est pas ainsi quand elles se fixent sur les amygdales ; mais les différences tiennent bien plus à la structure des amygdales qu'au mode d'évolution de la lésion syphilitique. Au lieu de porter sur une surface lisse comme le voile du palais, les plaques muqueuses se développent là sur des organes souvent anfractueux, bosselés, inégaux, présentant des excavations irrégulières, qu'il n'est pas rares de confondre avec des ulcérations. La sécrétion vicieuse n'est détergée par la salive que sur les portions saillantes, elle s'accumule dans les cryptes, se rassemble sous les brides cellulo-muqueuses, elle s'épaissit dans les orifices des glandes où elle séjourne. Non seulement les boissons, les aliments n'entraînent pas les produits de sécrétion, ainsi protégés, mais il est difficile d'atteindre toutes les profondeurs par les gargarismes ou les cautérisations. Aussi les plaques muqueuses tonsillaires sont-elles celles qui offrent le plus de diversités et qui sont le plus durables. C'est sur les amygdales surtout qu'on voit les plaques muqueuses, qu'on pourrait croire à peu près guéries, repulluler au bout même de plusieurs mois de répit et donner lieu à des angines d'une durée presque illimitée. »

La présence irritative de ces syphilides modifie à la longue assez profondément le gosier. « L'arrière-gorge, région complexe, très vasculaire, soumise à de nombreuses modifications pathologiques, subit des lésions secondaires qui interviennent à titre de complications. L'*inflammation consécutive* se développe ; elle devient l'occasion de phlegmasies localisées dans les divers éléments du tissu muqueux ; les appareils glanduleux[1] se congestionnent, leur sécrétion est altérée, on voit apparaître des points blanchâtres à aspect éruptif ; la luette s'œdématie, le voile du palais perd plus ou moins de sa mobilité. Néanmoins, la fluxion inflammatoire se propage rarement, elle n'atteint ni les fosses nasales, ni les trompes, et par ce seul fait elle s'éloigne des

1. Lasègue semble avoir entrevu, ici et ailleurs, jusqu'à un certain point, l'hypertrophie amygdalienne secondaire.

angines catarrhales diffuses qui sont moins étroitement limitées. « Les ganglions participent à la maladie, ils deviennent douloureux, ils augmentent de volume, et on constate leur accroissement comme on a constaté l'hypertrophie des ganglions situés en arrière du sterno-cléido-mastoïdien déterminés par les croûtes de la tête. »

Voici les moyens de reconnaître ces syphilides. « A son maximum d'intensité, la plaque muqueuse de la gorge est d'un diagnostic facile; il n'en est ainsi, ni à son début, ni à sa période de déclin. Au début, l'angine à plaques muqueuses est aisément confondue avec les espèces catarrhales, et le jugement ne se fait en général qu'à l'aide d'autres symptômes concomitants ou de l'anamnèse. « Il existe à cette époque une cause d'erreur qu'il importe de mentionner. J'ai déjà noté que chez beaucoup d'individus les piliers antérieurs sont le siège d'une rougeur toute particulière, et présentent comme deux surfaces lisses ayant à peu près la forme de croissants. Les plaques muqueuses viennent souvent se fixer sur ces points; mais on peut, et je signale le fait pour avoir eu plus d'une occasion de le constater, on peut s'abuser en prenant les surfaces lisses pour des plaques muqueuses commençantes.

« Le jugement est bien plus délicat à la phase du déclin. Longtemps après que les plaques ont disparu, ou spontanément, ou sous l'influence de la médication, la gorge reste enflammée, rouge, douloureuse par intervalles. La convalescence est le plus souvent presque aussi longue que la maladie. Si on est appelé à cette époque, on réussira encore avec une suffisante attention à reconnaître la nature du mal. La membrane muqueuse garde un aspect pointillé, rugueux, sans analogue, prédominant aux points qui ont été le plus affectés. Je n'insiste pas néanmoins sur ces caractères toujours douteux et presque impossibles à traduire. »

Sous le titre d'*angines tertiaires*, Lasègue englobe non seulement la gomme, mais encore d'autres éruptions qui se voient bien plus rarement à la gorge (où elles sont, il faut le dire, exceptionnelles) que sur la peau. Désirant calquer pour ainsi dire sa description des affections gutturales sur celles des lésions cutanées, il ne pouvait ici manquer au plan qu'il s'imposait ; aussi s'était-il exprimé ainsi au début du paragraphe consacré aux manifestations de la syphilis sur l'isthme et le pharynx : « Les éruptions cutanées peuvent être partagées d'après leurs caractères anatomo-pathologiques dans les catégories suivantes : 1° érythème, roséole ; 2° papules ; 3° vésicules et pustules ; 4° bulles ; 5° squames ; 6° tubercules. Il ne saurait entrer

dans mon plan de discuter les objections que peut soulever cette classification admise, sauf quelques variantes, par la plupart des médecins. En l'appliquant aux éruptions syphilitiques de la gorge, je me bornerai à établir quelques données essentielles. »

Cette tendance, plus ou moins justifiable suivant les cas, a eu du moins ici le mérite de nous conserver quelques remarques curieuses sur des éruptions gutturales trop peu connues généralement.

« Les *éruptions bulleuses* de la gorge sont extrêmement rares, si j'en juge par mon expérience. Je n'ai qu'un fait très concluant de rupia syphilitique survenu chez une jeune fille en traitement à l'hôpital Lourcine. La malade, d'une constitution lymphatique, âgée de 19 ans, ne savait à quelle date remontaient les accidents primitifs dont elle ne s'était pas aperçue. Elle était entrée à l'hôpital pour une blennorrhagie, et avait déjà suivi un court traitement à la suite d'une roséole guérie. Un mois après son entrée, elle se plaignit de mal de gorge. A l'examen direct, on constatait au-dessus du pilier gauche, sur le bord du voile du palais, une plaque blanche, comme gaufrée, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, parfaitement ronde et à bords nettement limités. J'avouerai que je restais indécis sur la nature de cette plaque d'un aspect tout particulier, jusqu'au jour où les bulles de rupia se produisirent à la peau. Le rupia de la gorge dura plus de deux mois. La fausse membrane était adhérente, elle prit de plus en plus d'épaisseur et finit par faire une saillie notable. Les cautérisations et les gargarismes ne donnaient aucun résultat ; si on détachait avec des pinces quelques fragments, on retrouvait le lendemain le vide rempli par une nouvelle sécrétion ; peu à peu, la croûte blanchâtre se souleva d'elle-même, laissant à nu une surface opaline, puis une ulcération peu profonde, saignante au contact d'un linge et qui guérit assez rapidement.

« Les *éruptions squameuses* s'observent moins rarement, mais on sait combien d'indécisions règnent encore relativement au diagnostic de la psoriase syphilitique. Que les squames se produisent à la peau ou sur la membrane muqueuse de la gorge, elles apparaissent dans des conditions qui laissent subsister plus d'un doute. Je ne connais pas dans la science de fait de syphilide squameuse gutturale ; bien que j'aie vu plusieurs cas de psoriasis de l'arrière-gorge, je n'en ai pas rencontré un seul qui me parût de nature vénérienne.

« Les *éruptions pustulo-papuleuses* sont au contraire assez communes, mais je les ai toujours vu coïncider avec un exanthème identique à la peau. Le diagnostic se faisait par l'exa-

men de l'affection cutanée, et l'angine occupait une place d'autant moins considérable qu'elle occasionnait assez peu de douleur, et que les malades ne s'en plaignaient qu'après avoir été interrogés sur ce point. Chez un homme de vingt-deux ans, l'éruption pustulo-papuleuse de la gorge était d'une extrême confluence, elle s'était concentrée surtout sur la luette à laquelle elle donnait l'aspect d'une grappe rouge, plus étroite à la base qu'à la pointe ; l'exanthème cutané était également confluent. Le malade, qui n'avait pas subi de traitement, accusait de la sécheresse de la gorge, de la gêne de la déglutition, et, malgré le volume et la procidence de la luette, il n'éprouvait pas la sensation de corps étrangers et ne graillonnait pas. »

Nous avons déjà dit que Lasègue considérait *la gomme* comme la manifestation tertiaire la plus fréquente de la gorge, ainsi que l'avaient démontré les recherches des syphiligraphes et des anatomo-pathologistes contemporains : sa description assez courte n'offre rien de personnel, pas plus que celle des désordres morbides qu'elle entraîne à la période de fonte. Il emprunte les éléments de cette dernière à l'excellente thèse de La Martellières. Ses remarques sur les *complications érysipélateuses* des ulcères gommeux sont plus intéressantes. « Non seulement l'ulcère syphilitique de la gorge peut entraîner des pertes de substance profondes, étendues, et causer d'énormes ravages, mais il s'accompagne d'accidents concomitants auxquels les syphilides cutanées ne se prêtent pas habituellement. Je n'ai pas à insister sur toutes les possibilités de ces désorganisations ulcéreuses qui s'étendent à l'aventure et sont d'autant mieux caractérisées qu'elles sont plus considérables. En présence d'une vaste destruction sans sphacèle, on n'hésite guère sur le diagnostic. La syphilis est la seule maladie qui ronge ainsi les membranes muqueuses. On est moins préparé à craindre les accidents sur lesquels je tiens à appeler l'attention. Déjà, dans l'observation de La Martellières, on a pu voir l'érysipèle partir des ulcérations pour envahir la face et devenir mortel. Ce grave incident vient, plus souvent qu'on ne le supposerait, compliquer les angines ulcéreuses spécifiques, j'en rapporterai un exemple qui me paraît, sous ce rapport comme à d'autres points de vue, mériter d'être reproduit. » Il en cite, en effet, un exemple fort intéressant.

Il mentionne aussi les phénomènes douloureux, l'ébranlement de tout l'organisme que détermineraient les nouvelles poussées de gommes du côté de la gorge, tout comme les manifestations syphilitiques de la période secondaire. « Indépendamment des

poussées érysipélateuses, les ulcères syphilitiques de la gorge s'exacerbant dans leur cours et procédant, pour ainsi dire, par secousses, entraînent, à chaque crise nouvelle, un redoublement des accidents généraux qui ont marqué le début. Les douleurs pseudo-rhumatismales prennent plus d'intensité et sont parfois assez vives pour que le malade oublie l'angine à laquelle elles sont rattachées, et concentre son attention sur les souffrances mal définies des membres. Le diagnostic est ainsi doublement entravé, ou parce qu'on se préoccupe d'un phénomène secondaire, ou parce qu'en tenant compte de l'angine, on risque de renverser la subordination des symptômes et de considérer l'angine comme une localisation gutturale du rhumatisme. Qu'on ne croie pas que ces douleurs rhumatismales sont indécises et moyennes ; elles acquièrent dans certains cas une vivacité inattendue. Elles se rassemblent au voisinage des jointures, et l'erreur n'est pas sans excuse. »

Une autre particularité de la syphilis de la gorge, qui a été bien mise en lumière par Lasègue, ce sont les *gommes osseuses* de la paroi postérieure du pharynx dont il donne une observation empruntée au Dr Brigaud, de Londres (*transact. soc. pathol.*, 1860). Ces gommes sont beaucoup plus fréquentes qu'on le croit au cavum, près de l'articulation de l'atlas avec l'axis, ainsi que nous l'avons pu constater chez un grand nombre de sujets.

g) **Angines diphtéroïdes.** — C'est à Lasègue qu'on doit, en partie, la connaissance des formes atténuées des angines pseudomembraneuses spécifiques. Son angine diphtéroïde serait, dit-il, à la diphtérie, ce qu'est la varioloïde à la variole, c'est-à-dire un diminutif, une réduction, une manifestation amoindrie. « D'un côté, elle confine aux maux de gorge les plus bénins, mais de l'autre, elle touche aux formes croupales les plus graves ; c'est elle qui donne surtout occasion aux erreurs du diagnostic. C'est sous sa rubrique qu'on doit enregistrer tant de cas de guérison du croup obtenus par les moyens les plus héroïques. »

Pour bien saisir le fond de la pensée de l'auteur et s'en expliquer la genèse, il faut se rappeler qu'en 1855, lors de la terrible épidémie qui enleva Valleix et le fils de Blache, le mal quitta ses caractères habituels pour prendre les allures d'une affection tout à fait maligne, à l'instar de ce qu'elle était au XVIIe siècle, lorsqu'elle fut observée par les écrivains espagnols et italiens. L'idée d'une diphtérie maligne s'imposa en quelque sorte à tout le monde. Trousseau fut un des premiers à en reconnaître l'existence et à affirmer que le mal à allure foudroyante n'était plus celui que Bretonneau et lui avaient

observé autrefois dans le département de l'Indre-et-Loire. D'autre part, certains cas avaient au contraire une bénignité apparente telle qu'il semblait bien difficile de les rapprocher des faits si graves que nous venons de mentionner. Aussi, quelques-uns tendaient-ils à admettre, à côté de la diphtérie grave spécifique, une diphtérie bénigne non spécifique, acceptant ainsi en partie l'opinion des auteurs allemands qui refusaient de voir dans l'affection une maladie générale. Lasègue, sans se prononcer aussi nettement, retenu peut-être par l'enseignement si catégorique sur ce sujet de son maître Trousseau, se tire d'affaire en soutenant que la diphtérie « est un genre qu'il est indispensable de décomposer en espèces et que plus on établira de divisions et de subdivisions justifiées, plus on rendra de services à la pratique. » Il s'attache à montrer que Bretonneau n'a pas été si précis qu'on l'a soutenu. « Plus tard, la fausse membrane dont il suit l'évolution depuis la première tache lichénoïde de l'amygdale ou du voile du palais résume toute la maladie. Plus tard encore, investigateur sagace mais souvent ondoyant comme tous les observateurs honnêtes, il s'attache à l'ulcération sous-jacente que Home avait niée. »

Voici en quoi l'angine diphtéroïde différerait de la pharyngite couenneuse ordinaire. « Caractérisée par la production d'une fausse membrane vraie, adhérente, résistante, susceptible d'envahir une large surface, elle se sépare du croup moins par l'aspect des pseudomembranes que par leur mode de propagation. *Limitée au pharynx*, l'affection pseudo-membraneuse n'a que *peu ou pas de tendance à s'étendre au larynx*. Les pires dangers sont ainsi éloignés et, si menaçante que soit la maladie, elle n'a pas le terrible complément de la suffocation par cause mécanique [1].

« Les considérations générales que suggère l'angine diphtéroïde et que je n'ai fait qu'esquisser, retrouveront leur place après l'exposé de la marche des symptômes et des lésions.

« L'*invasion* n'a jamais la soudaineté de celle de l'herpès guttural et des angines franchement inflammatoires. Le malade accuse, au début, du malaise, de la gêne dans la déglutition et une chaleur qui ne dépasse guère celle que provoque une indisposition passagère. Il se lève, sort, continue à manger sans appétit. C'est après vingt-quatre ou trente-six heures de

1. Malgré la connaissance de la diphtérie maligne, on continuait encore, comme Home et Bretonneau, à se préoccuper surtout du rôle mécanique de la fausse membrane.

prodromes presque insignifiants[1] que la fièvre éclate. A partir de sa première apparition, la fièvre continue avec des rémissions d'une intensité variable[2].

« La langue est sale comme dans toutes les angines fébriles, la soif supportable et tempérée par la difficulté qu'on éprouve à boire. La douleur reste toujours moyenne. Il arrive souvent que les enfants déclarent souffrir à peine de la gorge. La céphalalgie est habituelle. Les autres signes généraux sont ceux qui accompagnent toute maladie pyrétique. »

L'auteur nous fournit ensuite des renseignements précieux sur les premières phases du mal. « Si par une circonstance quelconque on procède dès le début à l'inspection du pharynx, voici ce qu'on observe : rougeurs par plaques, turgescence de la membrane muqueuse aux points où s'est fixée la congestion la plus vive. L'ensemble de l'arrière-gorge est à peine d'une coloration plus ardente, la paroi postérieure du pharynx n'offre rien de particulier, et les plaques rouges, tomenteuses, de dimension variable qui occupent exclusivement l'isthme du gosier, sont d'autant plus évidentes que les parties environnantes sont moins affectées.

« Quelque sollicitude qu'on y apporte, on ne réussit jamais à surprendre la fausse membrane en voie de formation ; ou elle n'existe pas encore et la membrane muqueuse a les apparences que je viens d'indiquer, ou on aperçoit une pseudo-membrane déjà saillante, épaisse, occupant un espace de plusieurs millimètres de diamètre. Il est certain que la production pseudomembraneuse se fait avec une grande *rapidité*[3], non seulement au début mais pendant tout le décours de la maladie. Si on peut admettre que le premier examen ait été tardif, il n'en est plus de même quand, l'affection étant déclarée, on exerce une surveillance assidue. Or, il suffit de quelques heures pour qu'on constate, sur des points jusque-là préservés, la présence d'une fausse membrane de dimension et d'épaisseur relativement considérables.

« Cette formation rapide est importante à noter parce qu'elle devient un des éléments du diagnostic. Les fausses membranes

1. Bretonneau et Trousseau avaient beaucoup insisté sur le caractère traînassant et insidieux de toute angine diphtérique vraie. Guersant avait été moins affirmatif pour les diphtéries secondaires.

2. La fièvre était regardée déjà comme d'intensité fort variable, parfois nulle, contrairement à celle des phlegmasies franches.

3. Monneret avait déjà insisté sur ce fait, dans un article sur les inflammations exsudatives, paru, en 1855, dans la *Revue médico-chirurgicale*.

sont d'emblée trop étendues pour qu'on veuille les confondre avec les productions couenneuses, ponctuées, de petites dimensions, des angines éruptives ; on incline plutôt à admettre l'existence d'une diphtérie croupale. Entre ces deux erreurs la dernière serait assurément la moins préjudiciable.

« Une fois développée, la fausse membrane, unique au commencement, gagne en espace ; elle envahit successivement les parties voisines, affectant les formes les plus diverses, étalée ou serpigineuse, cheminant le long du bord libre du voile du palais ou revêtant la luette, les piliers, les amygdales. Son parcours est marqué d'avance par la rougeur tomenteuse qui avait précédé les fausses membranes et qui continue à leur préparer, pour ainsi dire, le terrain.

« D'autres fois, les foyers pseudomembraneux sont multiples ; plusieurs plaques apparaissent en même temps et finissent ou non par se rejoindre ; dans cette seconde forme comme dans la première, les fausses membranes ont, pour antécédent, la rougeur avec turgescence de la membrane muqueuse. En apportant une suffisante attention à l'examen, en ayant soin de bien laver préalablement la bouche du malade, on arrive souvent à prévoir l'extension probable et la forme de la lésion locale. »

C'est à tort qu'on chercherait, dans une description minutieuse de la fausse membrane, l'élément exclusif du diagnostic [1]. « Là, comme toujours, il importe de tenir compte de l'ensemble des phénomènes généraux et locaux. Cependant, et sous ces réserves, la couenne diphtéroïde a un aspect particulier difficile à représenter, mais assez reconnaissable. La membrane est épaisse, opaline, plutôt qu'absolument opaque ; elle a, par place et rarement dans toute son étendue, l'apparence de la fibrine demi-translucide, rosée. Tant qu'on l'observe adhérente à la membrane muqueuse, elle semble d'un blanc mat ; lorsqu'on la détache, au contraire, soit qu'on l'étale sur un corps métallique, soit qu'on la dépose dans l'eau, elle se distingue de la membrane normale proprement dite par une plus grande transparence. » Une autre différence physique existerait encore. « A l'inverse des dépôts pultacés, elle est extrêmement adhérente. » Cette propriété serait même plus exagérée que dans la diphtérie commune. D'autre part, elle ne change pas de teinte. « Sa couleur n'est pas plus modifiée que sa consistance. Presque jamais elle ne brunit, ne se ride ou ne prend l'aspect gangreneux [2]. » Au-

1. Le critérium est, en effet, l'examen bactériologique, impossible à l'époque de Lasègue.

2. Caractère distinctif bien mis en lumière par Trousseau.

dessous, la muqueuse serait granuleuse et d'un rouge vif; l'ablation de la pseudomembrane provoquerait presque toujours une petite hémorragie. Au bout d'un certain temps, les fausses membranes, gagnant de proche en proche, finiraient par tapisser toute la gorge ; par contre, jamais elles n'envahiraient la voûte palatine. « En arrière, elles remontent le long du voile à une hauteur impossible à déterminer et peuvent se propager, si on en juge par les symptômes, dans les fosses nasales. Elles n'apparaissent que plus rarement et surtout plus tardivement sur la partie postérieure du pharynx. »

Comme on le voit, Lasègue a fort bien dépeint la diphtérie bénigne, la diphtérie atténuée soit par la résistance exceptionnelle de l'organisme, soit par la diminution de virulence du bacille de Lœffler. Localisation, durée considérable, blancheur plus grande des dépôts fibrineux qui sont en même temps moins altérables, transparence plus grande des exsudats ; tout s'y trouve. L'organisme, bien que l'attaque soit moins vive, moins grave que d'habitude, serait profondément atteint, malgré l'atténuation de la céphalalgie et de la réaction fébrile de la période d'état. « Dans le jour, les malades se plaignent d'une fatigue croissante, d'un goût désagréable dans la bouche, d'une soif très modérément exigeante. Ils pâlissent et n'ont que par accès la coloration fébrile. L'ensemble répond à une maladie chronique subaiguë, plutôt qu'à une maladie aiguë inflammatoire. La langue reste sale, souvent sèche. » De plus, la tuméfaction considérable et douloureuse des ganglions sous-maxillaires gênerait les mouvements du cou et parfois la déglutition. Il y aurait même un certain état de raideur de la nuque. Ce qui caractériserait les troubles laryngés, c'est que la fausse membrane ne dépasserait pas les limites de l'épiglotte; mais il pourrait exister une laryngite catarrhale concomitante, ainsi que le démontre une exploration laryngoscopique rapide, « la seule que tolèrent les malades ». Cet enrouement ne durerait que deux ou trois jours. Même bénignité et même nature catarrhale dans l'inflammation de la trompe quand il en existe. L'envahissement du nez serait un peu plus sérieux, d'abord par l'étendue des fausses membranes, puis par les épistaxis répétées et souvent abondantes qu'elles déterminent. Finalement, « la guérison, si tardive qu'elle soit, est de règle » : mais il reste « un état de débilité qui prouve à quel point était profonde l'atteinte que le malade vient de subir. Il est pâle et anémique d'aspect, incapable de se tenir sur les jambes. » Lasègue insiste, comme Trousseau, sur l'anorexie souvent insurmontable de la convalescence. « La

réparation est surtout ralentie par le dégoût parfois invincible que les enfants éprouvent pour toute alimentation. »

Deux observations très complètes et fort intéressantes mettent pour ainsi dire sous les yeux les faits que l'auteur s'est efforcé de dépeindre. Il s'agit d'une jeune fille et d'un jeune homme âgés de seize ans, où la diphtérie évolua avec une lenteur [1], une persistance caractéristiques, sans grande réaction locale, dans la cavité pharyngée, dont elle ne dépassa les limites qu'en haut, du côté des fosses nasales. Chez le sujet du sexe masculin, il exista cependant une laryngite catarrhale légère, et on observa, durant la convalescence, une paralysie de moyenne intensité du voile du palais, qui fut cause probablement de la pneumonie lobulaire à laquelle succomba le malade. Celui-ci périt au milieu des symptômes d'une asphyxie rapide. La trachée et les bronches étaient remplies d'un liquide grumeux. Dans un troisième cas plus résumé, il se produisit également une paralysie du voile et des phénomènes cérébraux assez inquiétants, mais de courte durée, ainsi qu'une paralysie faciale droite qui guérit assez rapidement. Il en fut de même des troubles visuels concomitants. Parfois la gravité de l'affection serait plus grande, à cause du mauvais terrain, bien que les voies aériennes continuent à être respectées. Lasègue rapporte à ce sujet quelques faits cliniques caractéristiques qu'il résume à grands traits. Nous touchons ici à la diphtérie maligne.

Il conclut : « Quelle est, nosologiquement, la place de l'angine diphtéroïde? Doit-on l'admettre à titre d'espèce distincte, ou la considérer comme un degré de la diphtérie croupale? Pour moi, l'angine diphtéroïde est à la diphtérie ce que la varioloïde est à la variole. Et par là, je ne veux pas établir une simple comparaison, mais j'entends formuler une proposition absolue. » En un mot, il s'agit « d'un degré inférieur, d'une manifestation amoindrie de la diphtérie classique. » Il n'y a, dit-il, ni vésicule, ni érysipèle à la base du processus pseudomembraneux comme dans les angines couenneuses vulgaires. Ici, le processus n'aurait qu'un seul analogue, celui de la scarlatine, où l'on peut être fort hésitant s'il n'y a pas éruption cutanée concomitante. « L'unité spécifique de la diphtéroïde et de la diphtérie se démontre par deux ordres de faits : en premier lieu, les manifestations pathologiques sont semblables ; en second lieu, une des deux maladies peut engendrer l'autre. » Cependant, « tout en déclarant les deux affections spécifiquement identiques, je n'en suis pas moins

1. Variété chronique, de Barthez.

convaincu qu'il est d'une grande importance clinique de les disjoindre et qu'il vaut mieux exagérer que réduire artificiellement les caractères qui séparent des maladies dont l'une est si menaçante et dont l'autre offre tant de chances favorables à la guérison. »

h) **Angine acnéique.** — L'angine acnéique de Lasègue semble une conséquence un peu fâcheuse de l'assimilation trop étroite qu'il établissait entre les maladies cutanées et celles de la gorge. Lui-même comprit combien ce terme devait choquer la généralité des médecins. Il essaya d'établir une analogie insoutenable entre la constitution glandulaire de la peau et celle de la muqueuse pharyngée, le mucus et le sébum étant d'ailleurs, quoiqu'il en dise, des produits de sécrétion fort différents. Il n'est pas malaisé d'entrevoir que Lasègue, égaré par l'aspect de certaines hypertrophies folliculaires isolées, a en vue certaines lésions des éléments lymphoïdes de la gorge.

Son *acné simple* « occupe à peu près exclusivement le segment sous-amygdalien... Elle se propage à quelques-unes des glandes de l'amygdale, des piliers antérieurs et même du pharynx, mais là n'est pas son foyer principal. Comme les pustules se développent peu à peu et ne font pas explosion à la manière de l'herpès, on en trouve toujours à des périodes différentes de leur évolution et on peut ainsi s'assurer de leur processus. A la première apparition, petites élevures rouges, papuleuses, qu'on distingue avec peine. Plus tard pustules, rarement acuminées, le plus souvent arrondies, remplies de pus ou de matière jaunâtre... La membrane muqueuse environnante est rouge, très lubréfiée par le mucus qu'elle excrète en excès. » Bref, il s'agit très probablement de follicules clos passant d'une phase chronique à une poussée aiguë, plus ou moins suppurante, plus ou moins destructive, avec réaction marquée des parties environnantes. Ainsi, chez le malade C. dont il raconte l'histoire : « En abaissant la langue par le procédé que j'ai indiqué, on aperçoit des deux côtés, mais surtout à gauche, au-dessous de l'amygdale, un nid de pustules acnéiques à des phases plus ou moins avancées de leur évolution. Les plus grosses ont à peine le volume d'un grain de chènevis, elles sont d'un blanc jaunâtre. Avec une pince effilée, faite sur le modèle de celles qu'on emploie pour les préparations histologiques, on crève les plus volumineuses et on en extrait une matière blanchâtre, granuleuse, onctueuse quand on la presse entre les ongles des deux pouces ». La marche serait celle de l'acné de la face. Les améliorations seraient très fréquentes ainsi que les récidives.

L'autre variété serait l'*acné pustuleuse*, où les boutons sont à la fois nombreux et plus volumineux que dans l'acné gutturale simple. L'amygdale se montrerait plus souvent que précédemment le siège primitif du mal ; mais fréquemment celui-ci serait péri-amygdalien. La maladie durerait des années avec des rémissions plus ou moins marquées et plus ou moins prolongées. « Sa première manifestation est une papule assez large, faisant saillie sous le doigt et, dès son apparition, contenant une certaine quantité de matière jaunâtre qu'on aperçoit plus ou moins distinctement. » Comme on le voit, quand il ne s'agit pas d'inflammation d'un follicule clos, mais de la tonsille, on est en présence d'une angine lacunaire plus ou moins bien circonscrite et laissant apercevoir son bouchon muqueux en saillie hors de la lacune. La douleur ne surviendrait que quand deux ou trois boutons évoluent en même temps ; elle resterait toujours légère et consisterait surtout dans une sensation d'agacement. « La muqueuse est alors congestionnée et il se forme une auréole inflammatoire autour de chaque foyer, sans fièvre, sans malaise général significatif. » La toux serait moins fréquente que dans l'acné gutturale simple, mais la déglutition se ferait d'une façon plus laborieuse. « Il surviendrait, en outre, pendant les périodes d'acuité, un enrouement passager, mais peu compatible avec certaines professions. » L'affection pourrait être un simple incident ou constituer une infirmité définitive fort désagréable. La nature de l'exsudat serait variable ; les indications de Lasègue montrent bien qu'il s'agit surtout d'une variété d'angine lacunaire. « La consistance et le point d'origine des concrétions sont variables. Elles sont tantôt *calculeuses*, tantôt plus molles, sans odeur, verdâtres et brunissant à l'air. La plupart viennent *des lacunes tonsillaires.* » Parfois, elles tireraient leur origine des glandules pharyngiennes, au milieu desquelles elles formeraient un point jaunâtre avant de se détacher ; elles laisseraient comme trace de leur existence une dépression caractéristique.

Son *acné indurée* n'est qu'une variété provisoire, ainsi qu'il le reconnaît lui-même. Dans ce cas, la pustule, après avoir évacué un produit clair, reste béante « comme une grenade déchiquetée », sans refermer son orifice ; l'éruption ressemble alors à celle de l'herpès à son déclin.

i) **Urticaire gutturale.** — Cette variété, décrite plus tard par des écrivains postérieurs à Lasègue, mais niée d'abord par la plupart, apparaîtrait sur la muqueuse gutturale avant d'atteindre la peau. Le pharynx deviendrait le siège d'une sécheresse fort vive, la déglutition serait modérément douloureuse. Plus tard,

surviendraient quelques phénomènes gastriques que l'auteur attribue à une propagation de l'urticaire à l'estomac. La couleur de la muqueuse semblerait d'un rouge intense, et gagnerait les yeux, les fosses nasales, le larynx, la cavité buccale et les lèvres qui sont chaudes et boursouflées. « La langue participe à l'urticaire; elle est sèche, rude et semble au malade s'être épaissie. » Le malaise serait le suivant. « Il résulte de cette fluxion en masse, une sensation extrêmement pénible, accompagnée d'angoisse et d'oppression. Dans certains cas, la *dyspnée* est telle qu'elle fait oublier les autres phénomènes. » Du reste, tout se dissiperait d'ordinaire au bout de quelques heures. Lasègue compare à cette forme d'urticaire, et les assimile presque à cette dernière, l'érythème guttural de la dentition (qui affecte le nez, le larynx, la bouche, la gorge) et certains autres érythèmes toxiques, dont l'évolution est celle de l'urticaire, quoique la cause soit différente. Parfois, cette dernière se montrerait chez certains malades sous forme de plaques larges et distinctes, comme sur la peau.

j) **Pemphigus et psoriasis.** — Ces deux affections décrites récemment par plusieurs auteurs, notamment par Moure, ne figurent dans l'ouvrage de Lasègue « que pour mémoire ». Leur allure serait, dit-il, celle des affections aphteuses. Une observation caractéristique montre bien quelle est la marche envahissante du mal et ses localisations multiples. Un de ses malades était venu se plaindre d'une angine : « Je constate, sur le pilier gauche, une plaque blanche de moins d'un centimètre de diamètre et sur le pharynx une plaque de même aspect et de même dimension. Pas de rougeur vive au pourtour ou au voisinage; plus de gêne que de douleur; les ganglions sont indemnes. »

III. — Inflammations vulgaires

Angines catarrhales.

Le groupe toujours un peu confus des angines catarrhales, terme sous lequel se dissimulent des affections si dissemblables par leur pathogénie, telles qu'angines érythémateuses diffuses à localisations très superficielles, d'origine vague, parfois toxique, angines grippales, angines septiques à caractère très bénin[1] (sta-

1. Le terrain doit naturellement être invoqué, tout autant que la nature des microbes et leur virulence variable; ce qui complique singulièrement la question.

phylocoques, streptocoques, etc.), était bien plus vague encore du temps de Lasègue. Bien que Borsieri en eût laissé, au point de vue clinique, une magistrale description, toutes les obscurités n'avaient pas été dissipées ; aussi Lasègue reste-t-il très hésitant, très sceptique, et, finalement, s'en tient, pour caractériser le catarrhe, au siège superficiel des lésions. Les perturbations des fonctions glandulaires lui semblent tellement importantes qu'il refuse d'englober dans les pharyngites catarrhales celles qui restent presque exclusivement congestives. « J'en sépare également, quoique avec certaines réserves, les angines inflammatoires qui ont été l'objet de descriptions isolées et qui, n'exerçant sur les sécrétions qu'une influence secondaire, envahissent la totalité du tissu et semblent se comporter à la gorge comme elles feraient si elles occupaient des membranes d'une texture toute différente ».

C'est peut-être dans les variétés de pharyngites superficielles érythémateuses sécrétoires que la répartition des phlegmasies gutturales en aiguës ou chroniques marquerait le plus son insuffisance et son caractère arbitraire, lorsqu'on veut tenir compte de tous les faits cliniques qui peuvent se présenter à l'observation. Lasègue le fait ressortir dans la phrase suivante : « Les inflammations catarrhales se subdivisent en aiguës ou chroniques, et comme cette division consacrée est trop rigoureuse pour s'adapter à tous les cas, on admet le type intermédiaire des inflammations subaiguës ».

Quelques mots seulement sont accordés à la *forme aiguë*. Lasègue s'en excuse, en alléguant l'insignifiance des phénomènes et le pronostic extrêmement bénin, à moins que le processus morbide « ne se propage aux organes voisins ». Les déterminations morbides pharyngées ne représentent alors « qu'un des stades de la maladie plus étendue, à laquelle elles se rapportent ».

Dans la variété aiguë [1] rentrerait en somme l'*angine rhumatismale*, qu'il croit très fréquente. Elle aurait surtout comme caractéristique de précéder toujours la polyarthrite; bien souvent elle se montrerait à peine accusée. Dans le cas contraire, elle revêtirait le type rheumatique, si bien décrit par Franck, Valleix et Trousseau. Elle se manifesterait alors, non seulement par une dysphagie très intense, une rougeur érysipélateuse, mais encore par un œdème assez marqué, dont Lasègue s'exa-

1. Dans la description de la forme aiguë, Lasègue ne catégorise pas les variétés, comme il fera plus tard pour la forme chronique.

gère certainement l'importance (de Saint-Germain). L'adénite serait loin d'être constante. Les fosses nasales, les trompes se montreraient souvent intéressées, mais d'une façon tout à fait passagère. Cette angine surviendrait tantôt huit à dix jours, tantôt quelques heures seulement avant les manifestations articulaires.

L'auteur fait entrer un peu arbitrairement le *type subaigu* dans la forme chronique, bien que certaines phlegmasies catarrhales traînassantes, durant parfois plusieurs semaines, ainsi que les prédécesseurs de Lasègue en ont rapporté des cas (Tardieu, Roche, etc.), finissent très bien par disparaître totalement, tout comme le ferait une phlegmasie catarrhale aiguë, et cela sans récidive. Mais, généralement, l'assertion suivante reste parfaitement exacte. « Les formes subaiguës rentrent de plein droit dans le cadre des angines chroniques. Il est d'expérience que les catarrhes gutturaux, même les plus longs et les plus passifs, sont sujets à de fréquentes exacerbations. Ils oscillent ainsi entre la chronicité vraie et une acuité incomplète qui aggrave momentanément les accidents sans changer la nature de l'angine ». Depuis la célèbre clinique de Chomel, les angines chroniques, granuleuses ou non, avaient fait l'objet de bien des travaux, notamment de la part de Guéneau de Mussy. Néanmoins ces écrivains avaient trop de tendance à négliger, à l'exemple de la plupart de leurs malades, une affection qui incommodait, mais ne faisait courir aucun danger sérieux. L'heure des spécialistes n'était point encore venue pour la gorge. Cependant, les médecins à nombreuse et diverse clientèle savaient bien quels ennuis ces troubles, en apparence si légers, infligent aux professionnels, c'est-à-dire aux chanteurs, aux acteurs, aux professeurs, etc., sans compter que l'intérêt scientifique de ces lésions paraissait incontestable à tout esprit réfléchi. C'est ce que Lasègue fait ressortir en très bons termes. « Les phlegmasies chroniques de la gorge méritent par leur fréquence et leur diversité, par les sensations pénibles et incommodes qu'elles infligent et, j'ajouterai, par l'imperfection de nos connaissances, une longue et attentive description. » Il conserve cette appellation d'angine catarrhale, faute de mieux, en se basant non sur la pathogénie ni même sur l'allure clinique, mais bien, redisons-le, sur les lésions de l'appareil sécrétoire et le caractère superficiel des altérations morbides. « A l'exception des angines éruptives et des productions cancéreuses, la plupart des *maux de gorge chroniques* prennent plus ou moins l'aspect catarrhal, en ce sens qu'ils se concentrent de préférence sur les appareils sécrétants et qu'ils n'entraînent pas d'altérations profondes de destruction ou de dégénérescence des tissus ».

Les anatomo-pathologistes, ainsi que les cliniciens, commençaient à être bien en peine pour dire ce qu'était une inflammation chronique. Le microscope n'avait pas apporté les éclaircissements attendus. S'agissait-il véritablement d'un processus phlegmasique à allure anormalement lente, d'une réaction secondaire autour de désordres anatomiques qui ne sont pas réparés, de troubles nutritifs dégénératifs ou hyperplasiques ? Lasègue espère mettre un peu d'ordre dans la question et faciliter la résolution des difficultés, en cédant à sa tendance favorite d'analyste, c'est-à-dire en multipliant les divisions et en répartissant dans celles-ci les faits cliniques d'apparence si diverse, si protéiforme. « C'est dire qu'il faut se contenter des plus vagues généralités sur les angines chroniques envisagées en bloc ou s'appliquer à décomposer la classe pour en détacher les espèces qu'il est possible dans l'état actuel de la science de fonder sur des caractères de quelque précision ».

Pouvait-on s'appuyer sur ces états morbides appelés *diathèses* pour faire cette séparation ? Question tentante entre toutes, depuis les remarquables travaux de l'école de Saint-Louis. Lasègue mentionne l'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule, sur lesquels Bazin avait fait paraître quelques années auparavant des travaux bien connus. Il admet que très vraisemblablement ces états morbides sont assez souvent à incriminer, sans qu'on puisse le certifier d'une façon absolue : « Je ne crois pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, d'affirmer à l'aide de caractères précis la nature diathésique d'une angine catarrhale ; mais, sans atteindre à la certitude, on peut souvent s'arrêter à une probabilité qui est en médecine un des modes admissibles du savoir. L'empêchement vient de ce que les symptômes peu accusés se réduisent à des degrés variables de rougeur, de congestion, à des troubles de sécrétion indistincts qui n'ont rien de pathognomonique ». Or, les inflammations aiguës antérieures laisseraient souvent, comme trace de leur passage, une tendance à des symptômes identiques, ou peu s'en faut, aux phénomènes dits diathésiques ; pour affirmer ceux-ci, il faudrait donc pouvoir éliminer sûrement, dans les antécédents, ces phlegmasies antérieures ; ce qui est loin d'être toujours possible si, à défaut du malade qui peut manquer de mémoire, on n'a pas la ressource de consulter l'entourage. Du reste, Lasègue, persuadé que la gorge est pour *la goutte*, comme pour le rhumatisme, un terrain d'apparition tout à fait hâtive, s'efforce de faire ressortir qu'on ne peut savoir que plus tard, si les notions d'angines aiguës antérieures font défaut, à quoi s'en tenir sur la

nature véritable d'une phlegmasie dyscrasique précoce. Il remarque que la goutte, si nette quand elle est arrivée à un stade relativement avancé, « reste encore très obscure à ses périodes initiales, où la maladie s'essaye pour ainsi dire et attend son complément pathologique ». Cependant les vertiges, les céphalalgies intermittentes, certaines formes de dyspepsie, certaines congestions rénales avec ou sans gravelle, constitueraient, il est vrai, par leur ensemble, une symptomatologie un peu spéciale ; mais isolés, leur véritable origine ne pourrait être reconnue qu'au bout d'un certain temps, et c'est pourquoi l'angine, phénomène douteux précoce, laisse forcément des doutes quand elle est due à l'arthritisme. « Toujours diffuse, elle envahit la gorge en totalité, semble prédominer à l'entrée de l'isthme sur les piliers, au voile du palais, mais n'épargne en réalité aucune portion ». Sous ce rapport, elle se rapprocherait donc de l'angine rhumatismale. Comme tant d'autres manifestations goutteuses, comme les dermatoses cutanées avec lesquelles Lasègue aime tant à comparer les pharyngites, elle serait en général accompagnée « d'une sensation d'ardeur et de sécheresse, exacerbante dans sa longue chronicité ». Elle se montrerait plus incommode à ce point de vue que les angines chroniques dues à des causes purement locales. La présence de l'acide urique ou des urates sur la muqueuse n'est pas du reste soupçonnée par l'auteur. Il mentionne les phobies que réveillent chez les nerveux des phénomènes gutturaux chroniques aussi agaçants. Quelques-uns deviendraient « de véritables hypocondriaques pharyngés ».

Si l'angine arthritique est à peu près l'apanage des adultes, la *scrofule gutturale* se remarquerait surtout chez les enfants et les adolescents. Cette diathèse si mal déterminée, dont les différents éléments se sont dissous pour ainsi dire à la longue dans la tuberculose, dans la syphilis héréditaire, dans la dégénérescence, dans certaines infections septiques lentes dont l'aboutissant naturel est l'adénoïdisme, jouissait alors d'une grande réputation. Cependant, chose très remarquable, elle n'inspire aucune confiance à Lasègue en ce qui concerne l'hypertrophie des amygdales. « Chez un grand nombre de sujets, peut-être dans la majorité des cas, l'hypertrophie ou plutôt l'excès de développement des amygdales doit être réputé congénital[1],

1. L'adénoïdisme, c'est-à-dire l'hypertrophie des différentes amygdales ou d'un groupe isolé seulement, est souvent très précoce et peut s'observer dans les premiers mois de l'existence ; de là l'hypothèse congénitale de Lasègue, d'Andral, de Guersant, erreur heureuse en ce sens qu'elle a fait douter l'auteur de l'origine scrofuleuse de l'affection.

c'est-à-dire qu'on ne saurait l'imputer à la scrofule. Cependant, quand ces opinions, même dépourvues de preuves suffisantes, se perpétuent dans la science, il est bien rare qu'elles ne reposent pas sur quelque vérité partielle. » Les raisons qui militent en faveur de l'étiologie scrofuleuse, attribuée aux amygdalites chroniques et catarrhales, seraient tirées moins de la nature des lésions, de leurs conséquences et de leur ténacité, que de leur mode de propagation. « Il est d'expérience que les jeunes sujets atteints d'inflammations tonsillaires chroniques sont également prédisposés à des catarrhes répétés, intermittents plutôt que continus, des parties voisines. »

Ces relations sont remarquablement mises en relief dans les lignes suivantes que les novateurs les plus récents ne désavoueraient pas : « Il semble que de l'amygdale, comme d'un foyer, la phlegmasie irradie dans les conduits revêtus de membranes muqueuses qui viennent s'aboucher dans le pharynx : fosses nasales, larynx, trachée, trompes d'Eustache. Tantôt ces inflammations passagères se dissipent en quelques jours ou en peu de semaines, tantôt, au contraire, elles se fixent[1] et deviennent une complication plus fâcheuse que l'affection primitive qui, d'ailleurs, n'est ni supprimée, ni modifiée. J'ai, à propos d'une des formes de l'angine érysipélateuse, signalé ces phlegmasies secondaires qui procèdent par poussées secondaires inégales ». Du reste, Lasègue ne nie pas, dans certains cas (terrain de dégénérescence) rebelles, où les lésions se répètent et s'aggravent, l'existence d'un état constitutionnel qu'on pourrait qualifier de scrofule incomplète. Mais la scrofule typique aurait une toute autre allure. « Il est probable que la scrofule vraie, celle qui ne représente pas une aptitude, mais une maladie, peut se localiser sur l'arrière-gorge. C'est sans doute aux scrofulides gutturales qu'il faudrait rattacher ces angines ulcéreuses qu'on attribue, faute de mieux, à une syphilis anormale ; mais jusqu'à présent, l'histoire de ces affections est trop imparfaite pour qu'on y trouve même les points d'attente d'une description meilleure ». (Voir Hamilton.)

L'étude des angines *dartreuses* est renvoyée au moment où il s'occupera des granulations de l'arrière-bouche ; Lasègue, qui tient beaucoup à localiser les différents processus, fait seulement remarquer ici que c'est une affection surtout du pharynx, beaucoup plus que de l'isthme.

Parmi les inflammations chroniques de la gorge, la *tuberculose* en déterminerait d'assez spéciales [2], qui seraient, comme tant

1. Andral avait émis une idée analogue.
2. Les travaux sur la question sont postérieurs à Lasègue.

d'autres manifestations gutturales, un signe avant-coureur de la maladie. « Une autre affection qu'on pourrait à la rigueur appeler aussi diathésique, en profitant de l'élasticité du mot, m'a paru s'annoncer par quelques manifestations préliminaires de l'arrière-gorge. Je veux parler de la tuberculisation pulmonaire. On sait que la laryngite chronique, avec raucité spéciale de la voix, débute chez certains tuberculeux, à la même date que les premiers signes fournis par l'auscultation, si même elle ne les devance. J'ai observé à diverses reprises, et les cas se sont multipliés à mesure que mon attention était fixée davantage sur ce point, une angine également chronique caractérisée par le développement de varices gutturales et par de petites hémorragies. J'avais d'abord considéré cette variété comme dépourvue d'importance ; mais en poursuivant l'observation du malade plutôt que celle de la lésion, il m'a fallu reconnaître que ces petites hémorragies n'étaient pas sans signification, et j'ai cru devoir leur consacrer quelques pages ».

La pathogénie étant insuffisante pour établir la classification des angines, faut-il se baser uniquement sur la *topographie* dont Lasègue s'est efforcé bien des fois de montrer l'importance capitale en pathologie pharyngée ? Il reconnaît qu'on pourrait à la rigueur admettre un groupe diffus, un groupe isthmique se cantonnant surtout sur l'amygdale palatine, un groupe pharyngé, visible (surtout par des conditions anatomiques) à la paroi postérieure de l'organe, et enfin un groupe staphylien affectant la luette ou les piliers antérieurs. A propos de ces derniers, « on constate à l'état normal, chez un grand nombre de sujets, une coloration d'un rouge assez vif formant sur les *piliers antérieurs* comme une plaque elliptique, allongée dans le sens de la longueur du pilier, et se distinguant nettement des parties voisines par l'effet de sa vascularité. C'est là que débutent un certain nombre d'angines inflammatoires aiguës et que viennent se fixer des inflammations chroniques qui empruntent à leur siège quelques particularités sur lesquelles j'aurai à revenir ».

La nature de l'élément histologique (épithélium, glandes, fibres lamineuses, vaisseaux) qui est touché probablement à l'état isolé, ainsi que cela s'observe du côté de la peau, serait bien intéressante à connaître, et caractériserait mieux le mal que la topographie des lésions ; mais, dit-il, cette distinction est encore impossible. Lasègue se trouve finalement forcé, comme il a été dit plus haut, de s'appuyer exclusivement sur la topographie des altérations morbides, dont il admet tout à la fois l'insuffisance et l'utilité. C'est ainsi qu'il décrira : 1° une forme catarrhale diffuse

chronique; 2° un catarrhe de la luette et du voile du palais. Cette classification ne serait point artificielle et inventée de toutes pièces pour les besoins de l'exposition didactique.

Angine catarrhale diffuse chronique. — Cette forme « représente dans ses lésions, dans la marche de ses symptômes, dans ses attaches avec les dispositions générales de la santé, une unité pathologique. Elle n'est pas le degré plus avancé d'une inflammation partielle qui se serait propagée au delà de ses bornes ordinaires et elle n'aboutit pas davantage aux lésions des inflammations limitées ».

Dans un premier stade, elle débuterait d'emblée sur toute la surface de l'arrière-gorge et suivrait un développement progressif, pour ainsi dire continu, sans phases bien marquées. A l'origine, il n'existerait guère que quelques phénomènes d'irritation locale sans grande signification. Ces symptômes s'observeraient surtout après les repas et après l'usage des boissons stimulantes (alcooliques). Voici en quoi ils consistent : « Bien que les sensations éprouvées par le malade soient vaguement exprimées comme tous les phénomènes subjectifs, on peut en distinguer deux sortes, et cette distinction, toute subtile qu'elle paraisse, n'est pas sans quelque signification.

« Ou la douleur est continue, et alors elle se traduit par de la chaleur, de la sécheresse, etc., ou elle n'est guère provoquée que par la déglutition et elle disparaît lorsque le voile du palais reste immobile. Dans le second cas, l'affection a des exacerbations ; elle varie de degré et se rapproche davantage de l'acuité ». Plus tard, les accès se rapprochant et aboutissant à une gêne incommode continue, les malades viennent consulter leur médecin. « La gorge tout entière est d'un rouge terne, la membrane muqueuse du pharynx paraît moins congestionnée que les piliers antérieurs et postérieurs qui semblent déjà épaissis lorsqu'on fait, en abaissant la langue, contracter le voile du palais. En même temps, la sécrétion du mucus serait moins abondante si on en jugeait par l'aspect velouté des parties, elle est plus considérable si on s'en rapporte au dire du malade.

« Il y a là une cause d'erreur qu'on retrouve dans un grand nombre d'affections chroniques de la gorge. Le mucus du nez qui descend en nappe le long de la face postérieure du pharynx, au lieu de glisser sur des faces amplement lubrifiées, est ralenti dans son trajet. On le voit, si on a l'occasion de fréquents examens, adhérent par places, comme le ferait une fausse membrane et on s'explique qu'il donne la sensation indistincte d'un corps étranger qu'on s'efforce de rejeter par l'expuition. Le

mucus nasal s'accumule ainsi pendant la nuit et il est expulsé le matin au réveil sous forme de crachats faciles à reconnaître. C'est cette expectoration que le malade attribue à une augmentation dans la sécrétion de la gorge ».

L'affection pourrait ainsi persister indéfiniment surtout chez certains sujets sans passer au deuxième stade ; mais généralementil n'en est pas ainsi, et, en s'accentuant, l'angine catarrhale diffuse chronique se précise. En effet, la gêne fonctionnelle s'accentue ainsi que la cuisson et la sécheresse de la gorge, le graillonnement. « Bien qu'elle soit peut-être moins douloureuse qu'à son origine, l'affection se traduit par de pires incommodités. La sécheresse âpre, comparée à celle qu'on éprouve dans une atmosphère chargée de poussière, s'accompagne de gêne dans la déglutition de la salive, sans entraver, comme dans les formes aiguës, la libre ingestion des aliments. Les contractions musculaires s'exécutent maladroitement et il en résulte des accès de suffocation spasmodique ou des efforts de nausée. On peut, en abaissant la langue et en sollicitant des mouvements en masse des parties molles, assister à ces spasmes qui s'expliquent par la résistance inégale que la membrane muqueuse épaissie oppose au jeu régulier des muscles. Lorsque nous exécutons un mouvement musculaire sous le double contrôle de la vue et du toucher, il nous est toujours facile de le régler parce que nous nous rendons un compte exact et incessant du résultat obtenu. Mais lorque l'exercice musculaire, bien qu'il soit soumis à la volonté, s'effectue hors de la vue, dans un organe d'une sensibilité tactile indistincte, qui est plus instinctif que volontaire, on réussit mal à corriger ses écarts. De là, les spasmes, les efforts presque convulsifs provoqués par ce qu'on pourrait, dans certains cas, appeler un ténesme de la gorge.

« La sensation d'âpreté engage le malade à boire souvent, mais il est aisé de reconnaître qu'il n'éprouve pas de soif vraie. Il boit par petites gorgées et obtient ainsi un soulagement peu durable. Ce semblant de soif peut être porté à des degrés qu'on ne se figurerait pas si on ne les avait appris par l'expérience, et comme le malade est incapable d'une analyse d'ailleurs assez délicate, il se plaint seulement de boire outre mesure. La proportion des urines répond à celle des liquides ingérés, et il se fait une polydipsie avec une polyurie correspondante. Bien que l'exagération portée à ces extrêmes soit une rareté, je l'ai vue plusieurs fois occasionner des indécisions de diagnostic.

« A quelque degré qu'ils se produisent, ces excès de boisson

fatiguent à la longue l'estomac et déterminent des accidents gastriques qu'on ne réussit à guérir qu'à la condition d'en avoir découvert l'origine. On comprend combien il est difficile de remonter à leur cause, quand la raison est à chercher dans une angine à laquelle on n'attribue pas ordinairement de pareilles conséquences.

« En outre, si ces dyspepsies secondaires prennent exceptionnellement de grandes proportions, elles se réduisent souvent à de simples incommodités. J'aurai à revenir sur ce point en parlant des angines chroniques catarrhales des enfants en bas âge.

« Les sécrétions muqueuses sont soumises à des oscillations dont le coryza chronique donne une idée très exacte, parce que la nature et la quantité des excrétions nasales sont aisément constatées. Pendant le jour, la déglutition, presque incessante, l'alimentation, les boissons, sollicitent l'évacuation du mucus dont une partie seulement est rejetée au dehors. Pendant la nuit, les produits muqueux s'accumulent et c'est le matin seulement qu'ils sont expulsés, sans efforts de toux, mais par un mécanisme qui attend un nom scientifique. Les malades, plus inventifs en fait de nomenclature, disent qu'ils graillonnent.

« Il serait inutile de décrire un fait si important et si bien connu, mais on peut se demander où s'accumulent les crachats gutturaux ainsi détachés chaque matin en quantité souvent considérable. J'avoue ne pouvoir m'expliquer où cette accumulation a lieu (cavum du sinus) et comment il se fait qu'elle soit assez inoffensive pour que bien des gens n'expectorent qu'une demi-heure ou une heure après leur réveil. On éprouve les mêmes difficultés d'interprétation, qu'il s'agisse du mucus nasal, de celui qui est sécrété par la gorge ou par une portion plus profonde de la membrane muqueuse des premières voies aériennes.

« L'arrière-gorge n'étant pas suffisamment lubréfiée pendant le sommeil, il en résulte chez certains individus une sensation de gêne assez marquée pour provoquer le réveil. Les angines syphilitiques ne sont pas les seules qui s'exacerbent la nuit, les angines catarrhales intenses ont les même recrudescences, surtout quand elles sont aiguisées par un surcroît d'inflammation subaiguë. Les malades accusent alors des sensations tellement analogues à celles qu'éprouvent les syphilitiques que je ne saurais trop recommander de ne pas accepter l'exagération nocturne comme le signe pathognomonique de la syphilis de la gorge ».

Les symptômes subjectifs n'existeraient pas seuls ; il s'y ajouterait des signes physiques indiscutables. « La membrane muqueuse est épaissie, d'un rouge plus vif, on y voit par place

des saillies arrondies et qu'on attribue à l'hypertrophie de quelques follicules. Au toucher, la gorge est en général chaude, le doigt donne la sensation d'une consistance très variable lorsqu'on appuie ; lorsqu'on se borne à promener la pulpe du doigt sur les surfaces malades, elles paraissent comme veloutées. Quand l'affection est intense et date de loin, il est presque possible de mesurer le degré et la durée de la maladie d'après le seul aspect de l'arrière-gorge. La membrane muqueuse épaissie forme des replis ou des rides le long du pharynx et des piliers, visibles à l'œil nu et paraissant d'autant plus profondes que les saillies qu'elles limitent sont plus considérables. Il suffit, pour les apercevoir distinctement, de faire boire au malade quelques gorgées d'eau avant l'examen, précaution bien simple et sur laquelle je n'hésite pas à appeler l'attention.

« L'angine catarrhale chronique diffuse, telle que je viens de la décrire, a pour caractère essentiel d'être *généralisée.* Elle porte à la fois sur toute la cavité pharyngienne limitée en avant par les piliers antérieurs. La face antérieure du voile du palais, qui, pathologiquement, appartient à la région de la bouche, n'y participe pas, et cependant on ne peut pas dire qu'elle soit complètement indemne.

« Dans la plupart des cas, sinon dans tous, elle est le siège d'une légère éruption miliaire, consistant dans de petites élevures demi-transparentes, entourées d'une mince auréole rougeâtre et plus ou moins rapprochées ; les élevures qui répondent probablement à l'orifice de petits follicules vont en diminuant de confluence depuis le bord libre jusqu'à la voûte palatine. Elles ne mériteraient pas une mention, si elles n'avaient que leur signification propre.

« De l'arrière-gorge, une partie échappe à notre investigation, c'est la face postérieure du voile du palais, mais elle n'échappe pas à la maladie. Même avec les miroirs laryngoscopiques que j'ai employés assez souvent pour être familiarisé avec le manuel opératoire, on ne se rend pas compte de l'état de cette surface. Chez le plus grand nombre des individus affectés de catarrhes angineux chroniques, la mobilité du voile du palais est, comme je l'ai dit, inégale et maladroite, la membrane est épaisse, le pharynx est rétréci et le miroir s'ajuste si mal qu'il faut, le plus habituellement, renoncer à son usage.

« Il est probable cependant que la lésion siégeant sur une partie contractile organisée pour des mouvements assez étendus et nécessaires à diverses fonctions, n'est pas sans importance. Or, je crois, sans vouloir l'affirmer, que l'éruption miliaire de la

face antérieure donne par son intensité la mesure de l'altération qui occupe la face postérieure du voile du palais inaccessible à la vue ».

Bien que diffuse au niveau du pharynx *elle respecterait le plus souvent le larynx.* Ainsi, chez un jeune pasteur protestant, très inquiet de sa pharyngite parce qu'il avait vu beaucoup de ses confrères devoir renoncer à leur profession à cause d'un mal de gorge, il a pu constater les symptômes suivants : « La membrane muqueuse est boursouflée: épaissie, d'un rouge demi-livide, les amygdales granuleuses. Cette forme d'angine, qui dure depuis plus d'un an à l'état subaigu, n'a pas altéré la voix qui reste vibrante et sonore, surtout quand elle est donnée dans son plein. Le malade, cependant, ne peut pas parler au delà de dix minutes, mais ce n'est pas qu'il s'enroue, c'est que la sécrétion de la gorge devient visqueuse et qu'il est contraint ou de boire quelques cuillerées d'eau ou de s'arrêter. Dès qu'il a bu, il reprend sans gêne son discours. Ce jeune homme éprouve seulement, à un degré extrême, une sensation familière à beaucoup de ceux qui parlent en public[1] ».

Le mal se propagerait rarement aussi au nez ou aux trompes d'Eustache. « L'angine catarrhale diffuse ne détermine également pas, sauf à de rares intervalles et pendant les exacerbations subaiguës une irritation des fosses nasales. Elle ne compromet pas davantage la perméabilité des trompes d'Eustache ; le seul organe auquel elle se propage habituellement, c'est la langue. » La langue se recouvrirait d'un dépôt blanchâtre comme dans l'embarras gastrique ; le malade se plaindrait d'avoir la bouche mauvaise, de ressentir la soif, de manquer d'appétit. Aussi, les médecins non prévenus abuseraient-ils des purgatifs et des vomitifs sous prétexte de gastrite catarrhale ou de dyspepsie. « J'ai eu tant de fois à rectifier des erreurs de ce genre, que je ne puis me dissimuler à quel point elles sont fréquentes. Quand un malade, quel qu'il soit, exempt de fièvre, a la langue habituellement sale, il est utile de procéder à l'inspection de l'arrière-gorge. En supposant que l'exploration donne cent fois contre une des résultats négatifs, elle est si simple, qu'il n'y a pas d'inconvénient à la tenter ». Fréquente à l'âge moyen, elle serait plus rare aux deux extrémités de l'existence. Cependant, on en verrait de temps à autre des cas parfaitement nets, ainsi que le prouve une observation fort intéressante rapportée par l'auteur.

1. Les spécialistes savent que la voix du chanteur et de l'orateur est loin d'être toujours en rapport avec l'état anatomique des cordes vocales.

Pharyngite catarrhale chronique. — Ce deuxième type morbide de catarrhe guttural chronique, la plupart des contemporains de Lasègue l'appelaient *angine granuleuse.* L'auteur regrette que les manifestations laryngées aient fait en grande partie oublier celles de la gorge. Ce sont ces symptômes pharyngés qu'il s'efforcera de mettre en relief dans cette affection, beaucoup mieux étudiée que la précédente. Il se plaint que le miroir ne donne pas, pour les parties du gosier inaccessibles à la vue, les mêmes résultats excellents qu'il fournit pour le larynx [1]. Suivant sa méthode habituelle d'analyse minutieuse, il étudie le mal dans l'enfance, l'adolescence, l'âge moyen et la vieillesse.

Chez les jeunes sujets, la muqueuse serait peu colorée, mais constellée, pour ainsi dire, de nombreuses granulations [2]. Le mal débuterait par la portion supérieure du pharynx (cavum) ; l'affection « prendrait place entre le coryza et la maladie gutturale ». L'enchifrènement jouerait un grand rôle ; par contre, les piliers et les amygdales palatines n'offriraient aucune modification apparente. Chez l'adolescent, la paroi postérieure du pharynx serait non seulement granuleuse, mais rouge, épaissie, couverte de plis quand elle se contracte. Les glaires adhéreraient tenaces à cette paroi ; le malade multiplierait les tentatives de déglutition, ce qui attirerait l'attention des parents. Du reste, pas la moindre trace de dysphagie, pas de toux, pas de raucité de la voix. Une fois constituée, cette pharyngite, que l'on peut voir très précoce chez certains patients, « mériterait peut-être de fixer l'attention, et peut-être aussi fournirait-elle quelques indices sur la constitution future du jeune malade. J'inclinerai à penser que le catarrhe de la gorge, chez les adolescents, est souvent une des premières manifestations de la diathèse à venir ». En tout cas, le mal aurait une ténacité remarquable et, si l'accès aigu qui interrompt de temps à autre l'allure chronique est d'assez courte durée, il serait facile de constater, dans les intervalles de repos apparent, que l'affection persiste larvée, mais bien reconnaissable néanmoins.

Discutant l'influence diathésique, il croit qu'on a attribué à la scrofule un rôle exagéré ; il aurait vu nombre d'enfants scrofuleux avérés échapper complètement à l'angine catarrhale chronique. « En fin de compte, quelle que soit la ten-

1. Les types spéciaux de miroir pour rhinoscopie venaient à peine d'être adoptés.

2. Follicules clos isolés atteints d'hypertrophie ; la description que donne Lasègue de la variété infantile prouve indubitablement qu'il s'agit d'adénoïdisme.

dance naturelle qu'on ait à incriminer le lymphatisme, l'expérience n'autorise pas une pareille conclusion ». On pourrait supposer seulement que la scrofule, compliquant le mal, lui ajoute certaines manifestations, telles que les engorgements ganglionnaires. Mais, si la scrofule n'a qu'une action contestable, il n'en serait pas de même de l'arthritisme (diathèse goutteuse, herpétique, hémorroïdale). Comme beaucoup de perturbations digestives, les troubles pharyngés seraient ici prodromiques : leur symptomatologie n'ayant rien qui les distingue des autres variétés de catarrhe guttural chronique, ce n'est qu'à la longue que la nature véritable de l'affection se décélerait. « Après bien des tâtonnements improductifs, dit-il, à propos d'un malade, j'eus, de guerre lasse, l'idée d'examiner la gorge, ne soupçonnant alors, ni que l'angine chronique pût se développer à un si jeune âge, ni qu'elle pût avoir sur la langue une telle action. L'arrière-gorge présentait à un haut degré les caractères de la phlegmasie catarrhale ; sa rougeur contrastait avec la pâleur des lèvres et de la bouche ; la muqueuse était épaisse, ridée, la luette longue et œdémateuse. » Un traitement pharyngé approprié fit disparaître rapidement tous les symptômes dyspeptiques, autrefois si rebelles [1]. « La leçon ne pouvait être perdue, et, depuis lors, je n'ai pas laissé échapper une occasion de vérifier cette loi de coïncidence. » Il restait à fixer le nombre des pharyngites catarrhales chroniques pendant les premières années de la vie. « J'ai poursuivi cette modeste enquête en ville et à l'hôpital, dans les services d'enfants dont j'étais chargé. Il en est résulté pour moi la démonstration que tout au moins les congestions durables sont déjà très fréquentes dans la première enfance. » Dans l'âge adulte, la répercussion de l'angine sur l'état saburral de la langue se verrait au moins aussi souvent ; à ce propos, Lasègue rapporte le cas assez probant, en effet, d'un jeune étudiant en médecine chez qui cette relation était des plus évidentes. L'auteur pense que l'hérédité est certaine dans un grand nombre de faits qu'il a observés. Cette perturbation catarrhale présenterait des alternatives de repos et des exacerbations propres aux affections chroniques. « C'est pendant les recrudescences qu'elle se transmet surtout aux *trompes d'Eustache*. » Cette pro-

1. Nous avons vu des manifestations de ce genre qui nous ont paru parfois liées à des troubles stomacaux, et surtout intestinaux. Les perturbations gutturales, en troublant le goût et en amenant probablement des réflexes variés, modifieraient par une sorte de choc en retour l'activité du tube intestinal qui s'améliore quand les phénomènes pharyngés disparaissent.

pagation aurait une influence désastreuse sur l'intégrité de l'ouïe. « Tout le monde sait combien fréquemment la surdité des enfants est sous la dépendance d'une affection de la gorge, et il n'est pas un médecin en pareil cas qui ne commence par examiner l'isthme du gosier. Mais la plupart attribuent aux seules affections des amygdales l'affaiblissement du sens de l'ouïe, et quand ils ont constaté que les amygdales ne sont pas hypertrophiées, ils passent outre. Je suis loin de contester l'action des phlegmasies tonsillaires, et j'y insisterai en leur lieu ; mais on aurait tort de ne pas avoir l'attention fixée sur l'état du pharynx et de ne pas lui attribuer sa part trop réelle d'influence. » Chez les enfants et les adolescents, ces connexions étroites avec la rhinite et l'otite ne s'accompagneraient pas de relations semblables avec l'organe phonateur[1]. « Autant la surdité incomplète est une complication commune, autant la laryngite est chez les enfants une rare conséquence de la pharyngite chronique. » La santé enfin resterait complètement indemne.

La pharyngite catarrhale de l'adulte de Lasègue est bien de la pharyngite granuleuse, tendant à envahir non seulement le pharynx, mais encore le larynx et la trachée. Parfois, mais plus rarement, le mal débuterait par le rhino-pharynx et pourrait alors occasionner une surdité grave, ainsi qu'il l'a observé chez une femme de trente-deux ans. Les symptômes bien connus depuis Chomel n'ont ici que le mérite d'une description soignée et minutieuse. Rappelons cependant que Lasègue distingue différentes formes. La muqueuse pourrait être lisse, sèche, sans plis apparents. « C'est la variété la plus rare, et cependant j'en ai rencontré des exemples où cet état persistait avec une invincible uniformité. » La variété la plus commune serait la granuleuse, bien étudiée, dit-il, par Green et surtout par Guéneau de Mussy. L'allure de ces granulations, leur évolution s'accorderaient assez mal avec l'idée d'une hypertrophie glandulaire ; car les sécrétions sont peu modifiées et les malaises déterminés par ces granulations souvent insignifiants[2]. Les saillies ampullaires auraient en somme une assez faible importance; mais il n'en serait pas de même de l'épaississement et de la vascularisation exagérée déterminant « un lacis variqueux très évident ». Cepen-

1. Parce que les cas de Lasègue sont surtout de l'adénoïdisme avec inflammation assez marquée de la muqueuse et hypertrophie des follicules clos isolés, en même temps que de l'amygdale pharyngée, et non la pharyngite de l'adulte.

2. Spengler avait soutenu, déjà en 1862, qu'un certain nombre de ces granulations sont des néoformations fibreuses.

dant l'épaississement et la rougeur seraient moindres que dans l'angine catarrhale diffuse chronique.

Lorsque le mal dure depuis longtemps et qu'il a des tendances extensives très marquées, il pourrait non seulement envahir le larynx, mais encore les parties sous-jacentes de l'arbre respiratoire. En somme, quelque bénigne que paraisse l'affection, elle n'en déterminerait pas moins des troubles assez gênants. « Beaucoup de malades sont vivement préoccupés par les symptômes qu'ils rapportent à une plus grave affection ; d'autres sont entravés dans leur existence et obligés à un repos intermittent qui leur pèse ; d'autres sont contraints de renoncer à leur carrière. » Parfois même les choses iraient plus loin. Lasègue mentionne des phénomènes qui paraissent dus à des *poussées infectieuses* s'opérant au niveau du pharynx malade. « Indépendamment de ces causes de dépression morale, je crois que la pharyngo-laryngite est par elle-même susceptible de compromettre la santé quand elle se prolonge, et qu'en même temps elle garde une sorte d'acuité, ou quand elle est fréquemment traversée par des accès subaigus. On voit alors survenir un de ces états fébriles (analogues à la fièvre ganglionnaire actuelle ?) mal caractérisés, qu'accompagnent tant d'autres phlegmasies chroniques. L'appétit diminue, le malade maigrit, se fatigue, et ne peut se défendre d'attribuer à une consomption pulmonaire l'ensemble des symptômes qu'il éprouve. Le médecin lui-même se tient difficilement à l'abri de ces appréhensions en voyant le malade s'attrister et dépérir. La toux, bien que rare, existe parfois ; la raucité de la voix fournit matière à plus d'un doute, et pour peu que la trachée soit affectée, même incidemment, à un faible degré (à cause des râles mentionnés plus haut), les inquiétudes prennent encore plus de consistance [1]. » Néanmoins, bien que la voix soit manifestement atteinte dans l'émission habituelle, elle reprend souvent toutes ses qualités dans le chant. « Tous ou presque tous les artistes des grands théâtres lyriques ont la voix parlée très voilée quand ils prononcent à demi-voix dans une conversation intime, et leur voix ne reprend sa sonorité que quand ils en élèvent le timbre à la tonalité artificielle du théâtre... M. Guéneau de Mussy rapporte l'histoire d'un chanteur dont la voix parlée était tellement rauque, qu'il n'abordait la scène qu'en tremblant, mais quand il chantait, le son sortait parfaitement clair. » Après avoir signalé la perte de certaines notes élevées, la raucité humide, plutôt rude qu'éteinte, l'amélioration produite par un repos prolongé, il fait remarquer que l'excès de sécrétion muqueuse paraît répondre plutôt à l'ex-

tension qu'à l'intensité de l'affection pharyngée. L'expectoration, d'abord considérable le matin, pourrait constituer par son abondance une pénible incommodité. « J'ai vu chez un malade, obligé par sa profession à de longs entretiens dans son cabinet, l'expectoration devenir si énorme, qu'il fut contraint, par ce seul accident, de renoncer pour quelques semaines à recevoir ses clients ».

L'envahissement de l'organe phonateur serait habituel[1], mais non nécessaire. « C'est forcer la réalité de considérer la laryngite comme le terme ultime de l'affection pharyngée. Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit des troubles de la phonation comme de ceux de l'ouïe, qui répondent effectivement aux périodes les plus avancées des pharyngites ou des amygdalites reconnues ou traitées longtemps avant que la surdité ait apparu. Chez un jeune homme de 17 ans, l'affection catarrhale du pharynx procédait par accès subaigus, et chaque fois qu'elle redoublait d'intensité, elle était précédée par un enrouement douloureux de quelques jours avec une toux d'un timbre particulier. Pendant la période aiguë, le pharynx présentait seul un aspect caractéristique, auquel ne participaient ni les amygdales, ni les piliers. La muqueuse pharyngienne était d'un rouge ardent, épaissie par places, avec des élevures qui formaient deux à trois saillies à contours inégaux, dans le sens longitudinal. Les sillons intermédiaires, d'un rouge moins intense, ponctués de blanc, probablement dépouillés de leur épithélium, ressemblaient à des surfaces ulcéreuses en voie de réparation. La gorge était chaude au toucher et le malade se plaignait d'une sensation de brûlure[2]. » Un coryza par refroidissement, à allure tenace, vint ramener une nouvelle poussée pour laquelle il consulta Lasègue. Ce dernier, bien qu'il ait assez souvent observé le mal isolé dans le pharynx, ne reconnaît pas moins que la laryngite complique d'habitude la pharyngite « et que l'inspection de l'arrière-gorge fournit les plus précieux renseignements ».

Inflammations tonsillaires.

a) **Amygdalite aiguë.** — L'amygdalite aiguë, non suppurée, et la variété suppurée de cette affection, constitueraient, suivant

1. Tous ces phénomènes se voient dans la pharyngo-laryngite sèche ozéneuse ; nous avons souvent insisté sur ce point (*Journal de médecine interne*, 1903...).

2. Ces cas ressemblent beaucoup à l'eczéma cutané ; chez une femme de 48 ans, que nous avons observée, les manifestations cutanées assez étendues et anciennes alternaient même avec les déterminations gutturales.

Lasègue, une seule et même maladie dont le mode de terminaison seul diffère. Nous n'insisterons pas sur la tonsillite aiguë ordinaire, l'auteur n'ayant fait, en somme, que rappeler les données de ses prédécesseurs. Il n'en sera pas de même pour la forme abcédée : sa peinture fourmillant d'idées originales avant-coureurs en quelque sorte des progrès futurs.

L'écrivain commence par séparer nettement ce type morbide de celui de la péri-amygdalite qui lui doit, comme on le sait, son individualité clinique.

La dissemblance consisterait, suivant lui, « en ce que, comme le nom l'indique, l'abcès a lieu dans le parenchyme même de l'amygdale, et non pas dans le tissu cellulaire du voisinage ». Cette espèce, quoique fréquemment observée, resterait assez ordinairement méconnue.

Lasègue indique de la façon suivante la symptomatologie des phlegmasies aiguës de l'amygdale palatine.

« Un individu jeune, sujet à des maux de gorge, se plaint d'une angine qui ne diffère en rien, suivant lui, des indispositions qu'il a déjà éprouvées. La fièvre est moyenne, la douleur modérée. A l'examen direct, on constate une rougeur diffuse de la gorge, plus marquée sur l'une des deux amygdales qui est augmentée de volume. Pas d'éruption caractérisée. L'angine a les apparences des angines rhumatismales ou érysipélateuses au début, avec cette différence que la lésion s'est concentrée sur une des amygdales. La maladie reste à peu près stationnaire pendant deux ou trois jours. L'état des parties affectées secondairement s'améliore, la déglutition est plus facile, la fièvre moindre, mais l'amygdale ne s'est pas notablement modifiée. On admet alors l'existence d'une amygdalite simple, à résolution spontanée, maladie plus rare qu'on incline à le croire, et qui cependant figure en général au premier plan des affections angineuses.

« Cependant, le malade ne se sent pas mieux ; il conserve un mouvement fébrile peu intense, mais persistant.

« A partir de ce moment, la maladie peut s'engager dans deux directions : l'une qui représente ce qu'on appelle communément l'amygdalite aiguë ; l'autre, qui, se terminant par un abcès, répond au type de l'amygdalite phlegmoneuse proprement dite.

« Dans le premier cas, les symptômes généraux deviennent, à peu de chose près, les mêmes que ceux de l'herpès guttural. La fièvre s'avive après être restée, comme je l'ai noté, stationnaire pendant les deux premiers jours ; la céphalalgie est plus pénible, la langue plus sèche, la santé plus éprouvée. La déglutition est de plus en plus douloureuse. Pendant le sommeil, la gorge se

dessèche assez pour que le malade, ne pouvant pas respirer, s'éveille en sursaut ; mais cette dyspnée momentanée, dissipée par une gorgée de boisson, n'a rien de l'asphyxie apparente des périamygdalites.

« L'amygdale notablement tuméfiée et dont les dimensions paraissent énormes par comparaison avec l'amygdale du côté sain est d'un rouge foncé, chaude, très douloureuse à la pression. Les parties voisines sont également ardentes, la luette est œdémateuse, ou plus rarement allongée et appointée ; ni la bouche, ni même le pharynx ne semblent participer à l'inflammation. Chez quelques individus, et en vertu d'une disposition assez inexplicable, l'amygdale fait à peine saillie dans la gorge ; mais en palpant le cou, on la sent globuleuse, considérablement développée, et la pression de dehors en dedans cause une vraie souffrance.

« Du quatrième au sixième jour, les phénomènes locaux et généraux s'amendent brusquement ; deux jours plus tard, la fièvre a cédé ; l'amygdale tend à reprendre avec une rapidité singulière ses dimensions et sa coloration normales ; la maladie est guérie.

« Il est probable que l'inflammation phlegmoneuse n'a pas dépassé sa première phase, et que, comme on dit, l'abcès a avorté.

« Néanmoins, toute phlegmasie tonsillaire aiguë, si peu accentuée qu'elle soit, retentit sur le tissu cellulaire des parties voisines et sur la membrane muqueuse. Si celle-ci a été vivement atteinte, on voit ou du coryza ou de la laryngite transcurrente succéder à la maladie pour s'éteindre bientôt sous l'influence favorable de simples précautions. La convalescence, beaucoup plus rapide qu'à la suite de l'herpès ou des autres éruptions des amygdales, n'est jamais entravée ou par une paralysie du voile ou par quelque autre des complications que j'ai signalées.

« Dans le second cas, même état général jusqu'au quatrième jour ; le malaise est seulement plus accusé ; la prostration plus grande se traduit surtout par une somnolence d'une rare continuité. Au cinquième jour critique des angines aiguës, rien n'est modifié, sauf la douleur qui paraît plus tolérable ; l'amygdale garde sa rougeur et ses dimensions. Si l'état local se prolonge ainsi sans variation encore pendant vingt-quatre heures, on peut affirmer qu'on n'évitera pas un abcès déjà formé.

« Seulement, les collections purulentes qui se produisent à la surface des membranes muqueuses, et surtout dans le parenchyme des amygdales dont la structure anatomique est toute particu-

lière, sont loin de suivre toujours un même mode d'évolution. Tantôt le pus se rassemble au bord d'une crypte dont l'abcès uniloculaire n'est bientôt séparé que par une mince paroi ; on voit alors la cavité s'enflammer ; une mucosité blanchâtre, sécrétée en plus ou moins grande abondance, vient apparaître à l'orifice de la crypte et désigne le point où l'abcès ne tardera pas à s'ouvrir. Tantôt l'abcès se forme dans un des îlots de l'amygdale, et, comme il est plus profond, l'évacuation en est plus tardive. La fièvre a disparu, l'arrière-gorge a repris à peu près sa coloration normale et sa température. Le malade continue cependant à se plaindre de ce que la déglutition reste pénible malgré l'aspect plus satisfaisant de la gorge. Les choses peuvent durer en cet état pendant près d'une semaine, laissant le médecin indécis sur la nature de l'indisposition. Un matin, le malade se réveille guéri. L'abcès qui s'était formé dans la profondeur de l'amygdale s'est ouvert spontanément, laissant l'organe ramolli, dépressible et d'un rouge violacé. » Lorsqu'au lieu d'occuper le centre, l'abcès est superficiel, le pus arriverait plus facilement et plus rapidement à la surface de l'organe. « Il est reconnu moins tardivement, mais ces abcès superficiels de petite dimension sont rarement des phlegmons proprement dits ; ils représentent plutôt des *pustules* d'un volume exagéré, développées dans la cavité d'un follicule (glande). D'autres fois, le phlegmon procède à la manière d'un *furoncle*. La douleur persiste immobile et tenace. Le volume de l'amygdale ne se réduit pas ; la gêne pour avaler ne s'amoindrit pas davantage. Le pus est évacué à peu près sans profit immédiat. Ce serait le cas de pratiquer une large incision » ; mais le siège est trop indistinct, dit-il, dans cet organe subitement hypertrophié et induré pour qu'on puisse tomber à coup sûr au niveau de la collection purulente. Dans des circonstances bien plus rares que les précédentes, le pus serait mal circonscrit et occuperait l'amygdale tout entière en déterminant ainsi une sorte de *phlegmon diffus* tonsillaire. « Une portion de l'amygdale se *sphacèle* alors et se détache comme le bourbillon de l'anthrax. Il reste une cavité béante dont on voit distinctement les parois tomenteuses, verdâtres, recouvertes par une des exsudations qui se forment si aisément dans ces régions, exhalant une odeur plus ou moins fétide. Cette forme d'abcès représente une autre partie des gangrènes de la gorge. » Mais ce sphacèle se détergerait avec la plus grande facilité et ne tarderait pas à guérir comme le foyer d'un furoncle. Tout traitement médical devrait être considéré comme parfaitement inutile contre l'abcès tonsillaire. Le plus souvent

« on ne songe même pas à les ouvrir, parce que, dût-on en avoir soupçonné l'existence, on en *ignore le siège exact.* »

b) **Péritonsillite.** — La péritonsillite a été séparée nettement du phlegmon latéral du cou, avec lequel Velpeau l'avait plus ou moins confondue, par Lasègue[1], qui lui a donné aussi la dénomination caractéristique d'abcès juxta-tonsillaire. Il ne veut point qu'on confonde cette affection avec l'amygdalite phlegmoneuse, comme l'avaient fait tous les auteurs jusqu'à lui.

Cette appellation ne lui semble pas « heureusement choisie parce que, contrairement à l'observation, il implique l'idée que l'amygdale est le siège exclusif de la maladie ». Aussi distingue-t-il deux formes essentiellement différentes qu'il croit devoir décrire séparément : l'amygdalite phlegmoneuse proprement dite dont nous avons parlé précédemment et la péri-amygdalite, « espèce plus violemment phlegmasique par ses symptômes locaux et généraux, dans laquelle le foyer purulent se forme en dehors des amygdales dans le tissu cellulaire qui tapisse le voile du palais. » Lasègue nie le début brusque à la façon des phlegmasies franches. On sait en effet qu'il s'agit d'une affection en quelque sorte greffée sur une amygdalite lacunaire chronique, et que l'envahissement du recessus amygdalien de Killian est précédé par une phase cryptaire, pendant laquelle les germes pathogènes pullulent dans une lacune dont l'orifice a été oblitéré. « La maladie débute, d'après les données classiques, par un frisson violent, son invasion serait soudaine comme celle des inflammations franches. Il s'en faut cependant que les choses se passent ainsi, et, en oubliant dans le tableau de la maladie la période prodromique, on a supprimé un des temps les plus importants de l'évolution. » Cette phase cryptaire est fort bien décrite à l'aide des seules données cliniques. « La périamygdalite phlegmoneuse ne se déclare pas subitement; le frisson qui marque seulement l'imminence de l'abcès, n'a lieu qu'après un ou deux jours. Les malades ressentent tout d'abord un mal de gorge qu'ils jugent insignifiant, et qui n'a pour symptômes subjectifs que de la chaleur, de la sécheresse et un malaise général avec un peu de lassitude. Lorsque les accidents ont acquis plus d'intensité, les malades oublient cette indisposition préliminaire pour laquelle ils ont rarement recours à l'avis d'un médecin.

« Lorsqu'on est appelé assez tôt, et qu'on examine soigneusement l'arrière-gorge, on constate une rougeur limitée plus ou moins exactement au côté qui doit être le siège du phlegmon.

1. L'auteur décrit l'abcès supérieur, le plus commun.

« L'amygdale est ou paraît augmentée de volume ; tout au moins est-elle plus saillante. Un peu plus tard, soit le soir, soit le lendemain du jour du début, on aperçoit sur l'amygdale une exsudation mince, opaline, disparaissant sous le doigt ou déjà abstergée par la salive sur tous les points proéminents, mais qui persiste dans les anfractuosités. L'exsudation est surtout visible dans les replis formés par les piliers antérieur et postérieur dont elle dessine le rebord par une ligne blanchâtre.

« Au premier aspect, cette exsudation qui remplit les cryptes serait aisément confondue avec une éruption herpétique. C'est pour avoir ainsi rassemblé dans la même catégorie tous les exsudats ponctués qu'on a élargi, outre mesure, le cadre de l'herpès et qu'on en a fait une espèce de classe nosologique. »

La période correspondant au phlegmon juxta-tonsillaire est très exactement dépeinte. L'auteur insiste sur la violence des premières douleurs. Jusqu'alors le malade n'était qu'incommodé, mais maintenant « le frisson éclate plus ou moins intense ou durable, égal à celui de la pneumonie ou consistant seulement en quelques tremblements passagers. La fièvre s'allume avec tous ses symptômes, saleté de la langue, soif, chaleur, courbature, céphalalgie : l'ensemble des accidents rappelle, sauf le frisson qui est plus pénible et plus constant, la période d'invasion de l'herpès guttural. La présence des exsudats constatée complète assez souvent l'illusion pour qu'on se méprenne sur le diagnostic. »

Cependant, si on prêtait une attention suffisante aux lésions, on verrait souvent survenir un phénomène assez caractéristique, c'est-à-dire « *au-dessus de l'amygdale malade*, une surface rouge, tendue, dont la rougeur mal circonscrite va s'éteignant sur les parties voisines et occupe d'emblée un espace de plusieurs centimètres de circonférence ». La fièvre, la dysphagie, la douleur empêchent le plus souvent le malade de dormir. « Le lendemain, le gonflement sus-amygdalien est plus manifeste, on le voit et on le sent surtout au toucher ; la pression du doigt est moins douloureuse qu'on ne le supposerait. Le voile du palais du côté malade participe à l'inflammation ; il se comporte comme la paupière, quand un furoncle ou un petit abcès se développe dans son voisinage. La membrane muqueuse est injectée, épaissie, et presque toujours le siège d'un œdème, dont la présence s'accuse mieux à la luette qui prend parfois d'énormes dimensions ; la membrane palatine est pendante, peu contractile, soit parce qu'elle a perdu de son élasticité, soit parce que le malade s'ingénie à en réduire les mouvements. »

L'amygdale devient de plus en plus saillante, à sa position

supérieure, pendant que le segment interne est recouvert par la luette.

La dysphagie s'accentue, il s'échappe de la bouche une salive visqueuse, collante, s'agglutinant sur le voile et formant des dépôts presque membraneux. La parole est aussi entravée que la déglutition. « Le timbre de la voix est nasonnant par suite de la paralysie incomplète du voile du palais et de l'occlusion de l'isthme. » Pendant les quatre premiers jours, les phénomènes auraient l'allure qu'on vient de lire, mais plus tard les choses changeraient un peu d'aspect. « La rougeur se déplace graduellement, elle abandonne peu à peu la luette, le voile du palais à sa partie moyenne et l'amygdale pour se concentrer au-dessus du pilier antérieur qui reste congestionné, volumineux. Le phlegmon sus-tonsillaire forme une saillie plus globuleuse, molle ou plutôt demi-résistante sous le doigt. On ne perçoit pas de fluctuation distincte ; mais il faut reconnaître que les procédés de palpation employés pour constater la fluctuation sont difficilement applicables, et que la consistance d'une tumeur fluctuante se juge mal sous la pression d'un seul doigt.

« La membrane muqueuse qui revêt la portion tuméfiée, se dépouille peu à peu de son épithélium, elle devient veloutée et se recouvre souvent d'une exsudation, qui n'est peut-être que l'épithélium lui-même, infiltré ou soulevé, mais ayant cessé de vivre. »

Puis l'abcès se romprait spontanément le plus souvent, ce qui amène immédiatement une amélioration notable, mais l'évacuation aurait rarement lieu d'un seul jet ; le plus souvent elle se ferait en plusieurs fois. « L'ouverture par laquelle l'abcès a été évacué n'est presque jamais visible, quelque soin qu'on apporte à l'examen des parties. Il est certain que le phlegmon s'ouvre à peu près invariablement, au point d'intersection des deux piliers, dans le repli qui limite en haut l'amygdale. On en a d'ailleurs la preuve lorsque le pus n'ayant pas été vidé rapidement, on le voit sourdre sous la pression de la tumeur. » A côté de cette forme typique la plus fréquente, il y en aurait d'autres caractérisées par exemple par la violence de la fièvre ou de la réaction nerveuse. Il peut survenir un délire intense plus ou moins durable qui se dissipe à mesure que la fièvre décline. D'autres fois la phase cryptaire prend une durée anormale ; « la sécrétion des cryptes enflammées change alors de caractère, elle se solidifie, prend une teinte verdâtre ou même brune, elle contracte une fétidité spéciale, et c'est seulement vers le septième ou le huitième jour que le phlegmon se dessine sous le voile du palais.

« J'ai en ce moment dans mon service, salle Saint-André, n° 15, un jeune homme qui représente au plus haut degré cette forme exceptionnelle. Les deux amygdales sont saillantes, d'un rouge violacé, parsemées d'excavations profondes, bien que le malade ne souffre pas d'angines habituelles. A droite la lésion est moindre, à gauche elle est caractérisée par la présence de plaques de la dimension d'une pièce de vingt centimes, au nombre de quatre à cinq, soulevées par les bords, d'un vert sale. L'haleine est fétide, la salive visqueuse, la déglutition très douloureuse. Le malade souffrait de la gorge depuis quatre jours, à l'époque de son admission.

« A première vue, on croirait que les plaques sont déposées à la surface de l'amygdale ; en les détachant, on constate qu'elles ne sont que l'épanouissement, pour ainsi dire, d'une excrétion qui se produit dans les cryptes et qu'il faut, non pas les soulever, mais les extirper avec des pinces ou avec un stylet qui s'engage au fond des cavités ; ainsi dégagées, elles sont résistantes, d'une odeur infecte.

« L'affection tonsillaire avait persisté sous la même forme pendant deux jours. Au sixième jour de la maladie, frissons légers, bien que la membrane muqueuse soit moins enflammée, apparition d'un phlegmon sus-amygdalien gauche, qui accomplit toutes ses phases en cinq jours et se termine par suppuration. »

Parfois, mais rarement, l'angine phlegmoneuse sus-amygdalienne serait bilatérale, mais successivement et non pas d'une façon concomitante.

L'aptitude aux affections de ce genre est précisée avec beaucoup de netteté, ainsi que le trouble de la santé qu'elle révèle et le rôle des amygdalites simples antérieures. « Comme la plupart des affections angineuses, les abcès sus-tonsillaires ne sauraient être considérés comme de simples accidents qu'aucun lien ne rattache à la santé générale.

« Exceptionnels dans la première enfance, rarement observés pendant l'adolescence, ils se développent surtout après la puberté, ou plutôt de dix-huit à vingt ans, et souvent plus tard. Un certain nombre d'individus, parmi ceux qui subissent la maladie, ne sont atteints d'angine phlegmoneuse qu'une fois durant leur vie. Chez d'autres, et peut-être est-ce le cas le plus fréquent, le phlegmon reparaît à plusieurs reprises avec une sorte de périodicité. Les rechutes se font à de longs intervalles, et on peut dire qu'en général il s'écoule au moins une année entre deux crises successives. Les récidives se ressemblent tellement que les malades sont parfaitement renseignés par leur précédente

expérience ; ils savent la durée probable, l'intensité et les suites de l'affection, dès les premières heures de son début. En pareil cas, le plus sage et le plus habile est d'accepter les renseignements qu'ils fournissent, sous la réserve d'un contrôle direct.

« L'aptitude aux phlegmons périamygdaliens se prolonge plus ou moins longtemps ; d'ordinaire elle s'éteint au bout d'un petit nombre d'années. On la voit cependant chez quelques sujets, persister presque indéfiniment. Les crises à périodicité annuelle s'éloignent, il se passe plusieurs années sans que l'affection se reproduise, et un jour, sans cause connue, même à un âge avancé, elle reparaît avec tous ses caractères. J'ai vu une fois, une seule, une angine phlegmoneuse survenir chez une femme âgée de plus de soixante-dix ans ; mais je doute que le phlegmon fût aussi simple que l'admettait le médecin qui donnait des soins continus à la malade, et je n'ai pas été à même de suivre l'observation au delà d'une visite. Il est d'expérience que les phlegmons du voile du palais deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on approche de la quarantaine, et encore ne les observe-t-on guère à cet âge que chez ceux qui n'en sont pas à leur première attaque. On doit noter que si les accès s'éloignent, ils perdent de leur fréquence sans rien perdre de leur vivacité, et que les phénomènes généraux ou locaux, si longue qu'ait été l'intermission, se montrent sous la forme qu'ils affectaient lors des précédentes atteintes.

« Cette analogie, ou plutôt cette identité des symptômes est un fait curieux et instructif, surtout si on la rapproche de l'espèce de périodicité qu'affectent les rechutes. Un petit nombre de maladies inflammatoires ont de la tendance à se répéter avec les accidents d'une si frappante uniformité : l'érysipèle, la pneumonie des gens qui ont passé la cinquantaine, etc. Toutes les fois qu'on constate une semblable régularité, on incline à admettre que la phlegmasie n'est ni franche, ni primitive, et qu'elle s'est développée sous l'influence d'autres états pathologiques dont on sait qu'ils sont sujets à répétition.

« L'érysipèle périodique est presque toujours, sinon toujours, consécutif à une éruption insignifiante par elle-même, significative par ses conséquences. La pneumonie périodique a des allures qui lui sont propres et qui l'éloignent, par plus d'un côté, des pneumonies purement accidentelles ; seulement, nous ignorons à quelles prémisses il convient de les rattacher. L'angine phlegmoneuse, non seulement ne fait pas exception à cette règle de la pathologie générale, mais elle la confirme, et, de plus, elle fournit les moyens d'assister *de visu* aux deux phases de l'évolution.

« Les abcès développés dans le tissu cellulaire du voisinage de l'amygdale se présentent dans les mêmes conditions que ceux qu'on voit apparaître dans d'autres régions. Lorsqu'on constate chez un malade l'existence d'un phlegmon aigu et circonscrit du périnée ou de la marge de l'anus, lorsqu'on sait que l'individu a été déjà éprouvé par des accidents du même ordre occupant le même siège, on peut affirmer qu'il est sujet à une affection éruptive. L'abcès ne se répète que parce que l'éruption se renouvelle.

« L'angine phlegmoneuse suit le même processus. Elle est d'abord angine amygdalienne caractérisée par les lésions de la membrane muqueuse ou de quelques-uns des éléments qui la composent. C'est plus tard, et secondairement, que le tissu cellulaire est affecté et devient le siège d'une collection purulente.

« De même que les individus prédisposés aux petits abcès du périnée ont souvent des poussées eczémateuses qui, peu intenses, passagères, n'ayant pas surtout l'appoint d'une irritation extérieure, s'épuisent sans déterminer de phlegmons, de même les individus prédisposés aux abcès du voile du palais ont souvent des angines simples, de courte durée, et qui se résolvent sans entraîner d'autres conséquences. »

c) **Amygdalite chronique.** — L'amygdalite chronique existerait rarement à l'état isolé. Ce qui a fait croire le contraire, c'est que les lésions amygdaliennes sautent aux yeux, tandis que les altérations morbides de la muqueuse demandent, pour être reconnues, un examen beaucoup plus attentif. Examinant systématiquement le pharynx d'individus de tout âge et même de très jeunes sujets, Lasègue ne pouvait pas ne point remarquer combien le tissu lymphoïde du pharynx est soumis à de notables variations individuelles, que celles-ci soient innées ou acquises. « Les amygdales ont des dimensions extrêmement variables et se présentent sous des aspects très différents. Lorsqu'on examine la gorge d'un très grand nombre d'enfants, il est facile de constater ces *variations congénitales*. Elles consistent non seulement dans le volume plus ou moins augmenté de l'organe, mais dans sa coloration et dans sa conformation apparente. Sa surface est presque lisse, ou présente des anfractuosités, des saillies, des déchirements que l'on attribue à tort à des lésions pathologiques, puisqu'on les retrouve même chez des sujets du premier âge qui n'ont jamais souffert d'angines [1]. » L'auteur fait à ce sujet

1. Robert attribuait ce gros volume des tonsilles à des poussées de dentition un peu anormale. Nous les avons vu souvent succéder à de légères excoriations des lèvres.

une comparaison qui montre bien que la tonsille linguale ne lui avait pas tout à fait échappé. « Les amygdales sont, comme la langue, lisses, inégales, rugueuses, fendillées, en dehors de toute cause maladive, et on peut dire qu'il est difficile, sinon impossible, de définir leur état vraiment normal. » Lasègue insiste longuement sur les lacunes dont il décrira plus loin les lésions ulcéreuses ou calculeuses. Il montre que leurs cavités, plus ou moins étendues et profondes, augmentent singulièrement la surface de la muqueuse, et il ajoute: « La disposition de ces cryptes anfractueuses, le processus des lésions dont elles sont le siège, les modifications normales ou pathologiques que subit le mucus sécrété à leur intérieur, n'ont été qu'imparfaitement étudiés. Il est constant que les glandes s'ouvrent aussi bien dans les cavités qu'à la surface de l'organe, que les follicules y sont nombreux. Il est probable que le plus grand nombre des affections de l'organe qui entraînent des troubles sécrétoires ont dans ces cavités leur point de départ. C'est là que se passe les premières et les principales modifications qui échappent si souvent à l'investigation directe, ou dont on n'aperçoit que les derniers produits. »

Les enfants seraient seuls atteints de cette affection. « Chez les adultes, l'amygdalite chronique catarrhale est une rare affection, si elle existe. Les affections tonsillaires sont nombreuses, mais elles appartiennent à d'autres formes. » Le mal, chez les sujets prédisposés, « ne cesse pour ainsi dire jamais, mais étant surtout cryptaire, il est par cela même d'une observation difficile ». D'autre part, les exsudats accumulés dans ces cavités seraient par contre-coup une cause d'irritation constante. « Lorsqu'on extirpe les amygdales, dans le cours d'une amygdalite chronique, on est frappé de la quantité considérable de mucus que contiennent les cavités qui n'ont pas évacué leur contenu. » L'évolution serait marquée par une série de poussées suivies d'un mieux relatif. « Les accès, ordinairement subaigus, n'ont pas de durée fixe et ne reconnaissent de causes appréciables que dans un certain nombre de cas. » Cependant la puberté, les règles difficiles ou pathologiques, le refroidissement, pourraient être incriminés assez souvent. Lasègue revient sur ce qu'il a dit auparavant des lésions amygdaliennes, considérées comme cause inflammatoire et source d'irritation par rapport aux cavités voisines. « Ces inflammations par propagation peuvent s'éteindre avec la lésion qui leur a donné naissance et disparaître avant elles, mais elles ont pour caractère d'être douloureuses, de produire de la sécheresse et de la chaleur. » Remontant en haut, les

irradiations phlegmasiques gagneraient les trompes ; descendant en bas, elles envahiraient le larynx, déterminant « de la raucité ou de l'extinction de la voix et une laryngite presque franche. Ces propagations passagères ont peu d'inconvénients; elles en ont davantage quand elles se répètent et, qu'entretenues par l'amygdalite, elles tendent à se fixer ou à se reproduire à de courts intervalles. » Ces poussées ont attiré, dit-il, de bonne heure l'attention des praticiens sur l'affection et ses conséquences parfois désastreuses. « C'est sans doute une des raisons pour lesquelles les médecins, voués spécialement à l'étude des maladies des oreilles, ont attribué à la phlegmasie tonsillaire chronique un rôle quelque peu exagéré dans la production des surdités catarrhales, alors qu'ils insistaient moins sur l'influence plus insidieuse des catarrhes pharyngés[1]. » Finalement ces phlegmasies secondaires finiraient par subsister pour leur propre compte. Ces amygdalites seraient également la cause des adénites cervicales si fréquentes dans l'enfance. « Non seulement l'inflammation chronique de l'amygdale s'étend sur la membrane muqueuse, mais elle affecte aussi les vaisseaux lymphatiques et donne lieu à des adénites du cou. Tant que l'engorgement des ganglions lymphatiques reste passif, il n'a d'inconvénient que chez les enfants maigres et dont la peau transparente laisse voir les glandes tuméfiées. Lorsqu'au contraire, soit d'emblée, soit à la suite de poussées inflammatoires qui se succèdent, les ganglions deviennent le siège de phlegmasies subaiguës, ils subissent des altérations plus graves. Les médecins qui attachent avec raison une souveraine importance aux adénites des angines infectieuses auraient tort de négliger les engorgements ganglionnaires provoqués par les phlegmasies catarrhales tonsillaires. Ce n'est pas un médiocre chagrin pour une jeune fille de porter au cou une tumeur qui suppure après avoir déterminé des douleurs modérées mais persistantes, et qui laisse, une fois ouverte, une cicatrice indélébile. » Sa marche serait la suivante : « Hypertrophie d'un ou deux ganglions, indolente pendant les périodes de rémission et laissant aux glandes une certaine mobilité sous la pression du doigt. Pendant les crises d'amygdalite plus aiguës, bien qu'exemptes de fièvre et de symptômes généraux, sensation de tension et douleurs légères lorsqu'on appuie le doigt, ou par la compression de vêtements ; le ganglion se fixe sans augmenter notablement de volume. Si les accès reviennent plus fréquents ou plus intenses, il se forme vraisemblablement de petits foyers

1. Voir plus haut ce qu'il dit sur le catarrhe du naso-pharynx.

de suppuration mal caractérisés et dont on soupçonne plutôt qu'on n'affirme l'existence. A partir de ce moment, la suppuration gagne, les foyers se multiplient. Cette marche s'accomplit avec une extrême lenteur : il faut des mois et souvent des années pour que le ganglion se fonde dans un de ces abcès dont on sait trop bien l'imperturbable chronicité. » Ainsi, Lasègue, non content d'ôter à la scrofule l'hypertrophie des amygdales qu'il regarde comme congénitale pour les raisons expliquées précédemment, les poussées inflammatoires du côté de la gorge, du nez, des oreilles, du larynx, parce qu'il les considère comme un résultat des lésion tonsillaires jouant le rôle d'épine inflammatoire, lui enlève encore bon nombre de ces adénites cervicales qui passaient pour un des meilleurs stigmates de la diathèse.

L'*hypertrophie tonsillaire* entretiendrait avec l'amygdalite chronique des relations si étroites qu'il s'agirait en réalité d'une seule et même affection, mais son origine fort variable empêcherait d'en faire une espèce nosologique unique, parce que ce serait s'engager « dans une description confuse qui ressemble artificiellement à des états qu'il importe de séparer par une analyse plus approfondie ». Accidentelle, passagère ou au contraire durable, elle résulterait de maladies éruptives variées, d'inflammations parenchymateuses diverses. Elle ne surviendrait que chez l'enfant, mais pourrait persister chez l'adulte. Du reste, l'ampleur même très exagérée des tonsilles serait parfois normale en quelque sorte. « Beaucoup d'enfants apportent en naissant cette disposition qu'on a essayé de rattacher à leur constitution. » Cette grosseur de tonsilles qu'on a voulu rapporter systématiquement à la scrofule serait due bien souvent à une cause fortuite; l'examen de la gorge permettrait de la constater chez de très jeunes sujets parfaitement bien portants; mais, dit Lasègue, l'hypertrophie progressive est bien morbide et liée au catarrhe tonsillaire chronique. Sans entrer dans une description bien connue et qu'il a donnée du reste précédemment à propos du catarrhe pharyngé chronique, l'auteur se borne à dégager nettement deux formes principales[1]. « Dans la première, la congestion est généralisée, les amygdales sont d'un rouge livide, leur sécrétion est augmentée et il est difficile d'en apprécier la qualité ou d'en mesurer la quantité; il suffit, pour se convaincre de l'exagération de la sécrétion, de prolonger pendant quelques secondes l'inspection de la gorge. On voit alors sourdre par les cryptes un liquide

1. Comme on le voit, l'auteur connaissait parfaitement l'angine lacunaire bien qu'il n'en prononce pas le nom.

transparent et, en écartant les cryptes avec un stylet, on constate qu'elles contiennent du mucus en grande proportion.

« Dans le second type, la sécrétion ne paraît pas s'accroître, mais les amygdales prennent une teinte opaline ; leur surface est muriforme, on dirait qu'elle sont composées d'une agglomération de vésicules demi-transparentes. Au toucher elles sont molles, veloutées, dépressibles, tandis que, dans l'autre variété, elles donnent la sensation d'une résistance presque cartilagineuse.

« Les symptômes sont à peu près les mêmes dans les deux cas : difficulté de déglutition, ardeur moyenne de la gorge.

« La seconde espèce est en général plus fugace, les exacerbations durant à peine au delà de 24 heures. Quelle que soit la modalité de l'affection catarrhale, l'hypertrophie s'accroît à chaque poussée subaiguë. Elle peut être portée assez loin pour que les deux organes se touchent et laissent à peine un espace vide où vient se fixer la luette. Dans ces exemples extrêmes, il n'est pas très rare de noter une sorte d'intertrigo des amygdales, blanchâtres, tomenteuses au point de contact. »

Quelles sont les conséquences de l'hypertrophie amygdalienne? En dehors des poussées d'angines simples ou phlegmoneuses dont elle favorise les récidives « par elle-même, en dehors de toute complication, l'ampliation exagérée des amygdales a pour effet d'altérer à des degrés trés variables le timbre de la voix qui devient en général plus nasonnée, d'entraver la respiration buccale et d'imprimer un cachet particulier à la physionomie, au moins dans les cas extrêmes, de gêner par exception l'exercice de l'ouïe, bien que les demi-surdités aient, ainsi que je l'ai montré plus haut, une autre origine. On a supposé que, par contre, l'hypertrophie congénitale, infirmité sans évolution morbide, contribuait, chez certains enfants, à donner moins d'ampleur[1] à la poitrine. »

Quelques lignes sont accordées aux *calculs tonsillaires*, c'est-à-dire à l'*angine lacunaire calculeuse*. Lasègue se borne à une mise au point de la question, en se servant surtout des matériaux que lui fournissait à cette époque la littérature allemande (*Schutz, in Caspers' Wochenschrift*, 1838 ; *Würzer, in Schimdts' Jahrbuch*, XXXI ; *Wienner, in Caspers Woch.*, 1840 ; *Knaus in Würtemb. Corr. Blatt*, 1840).

Catarrhe de la luette[2]. — Cette affection n'aurait guère d'im-

1. Dupuytren, Coulson, Warren, Robert, Lambron.

2. Ce chapitre s'explique par l'importance historique du sujet, les

portance, contrairement à ce qu'on a soutenu autrefois. La sensation de corps étranger, déterminée par la luette pendante, aurait attiré l'attention des malades, puis des médecins, sur cet organe insignifiant, simple appendice du voile. Du reste, ce malaise ne serait pas toujours le résultat de l'élongation de la luette, siège, dans ces cas, d'une altération pathologique. En réalité, « la luette n'est pas affectée, isolément, mais elle représente le maximum d'intensité de la lésion, à cause de sa forme qui rend les moindres modifications accessibles à la vue ; que le voile du palais soit épaissi, œdématié, congestionné, qu'il ait perdu en partie sa contractilité, on ne s'en rend compte que par une délicate et minutieuse investigation ; que la luette ait subi les mêmes changements, on l'apprécie sans tant de difficulté. » Ces facilités d'observations donneraient à la luette une individualité toute de surface. En somme, les affections de celle-ci doivent être confondues avec les maladies du voile ; le catarrhe de ce dernier, coexistant en général avec celui des régions voisines, existerait parfois à l'état isolé. Lasègue décrit ensuite l'allongement, l'œdème de la luette, si facile à produire à cause de la laxité du tissu cellulaire en cet endroit, les saillies plus ou moins confluentes de la surface, assez semblables aux éruptions miliaires, les tiraillements ressentis par le malade, la sensation de corps étranger. « Comme pour le voile, il est probable que les lésions de la face postéro-supérieure de la luette sont fréquentes ; mais, dit-il, elles échappent à la vue. L'excision de la luette reste souvent impuissante à guérir les symptômes éprouvés par le malade ; il ne faut donc pas en abuser. »

En outre des inflammations proprement dites, Lasègue a cru devoir aborder deux sujets qui ne rentrent pas précisément dans le cadre de son ouvrage ; mais, comme nous l'avons fait remarquer au début de cette étude, il ne s'est jamais cru astreint à un plan rigoureux.

Il nous a donc laissé une esquisse assez brève, du reste, sur les tumeurs et sur les troubles nerveux du pharynx.

Cancer du pharynx. — Le cancer pharyngien serait regardé comme assez fréquent par Warren ; Lasègue en aurait observé quelques exemples, bien que les auteurs classiques restent pour ainsi dire muets sur ce point. « On comprend avec quelle réserve

anciens, ignorant les affections du cavum, rapportaient en effet à ce petit organe la pathologie de ce dernier.

j'appelle l'attention sur des lésions incomplètement observées, dont le diagnostic prête à plus d'un doute. » Le mal pourrait être primitif ou secondaire. Il siégerait de préférence à la partie inférieure du pharynx et aussi au niveau de la voûte palatine d'où il envahirait consécutivement le voile. L'auteur dépeint assez fidèlement l'aspect des lésions, la congestion livide des parties. Lasègue insiste du reste surtout sur le cancer amygdalien dont il aurait vu quatre cas dans les hôpitaux. Essentiellement topique, la lésion maligne n'aurait jamais envahi les ganglions. Il en rapporte une observation caractéristique chez un verrier de 47 ans. Le mal remontait à six mois ; l'évolution fut longue et s'accompagna bientôt d'hémorragies. L'amygdale était grosse et excavée ; bientôt il survint de la névralgie faciale, des sécrétions ulcéreuses, de la cachexie, en même temps que des végétations fongueuses se développèrent en grand nombre ; mort au bout d'un an environ.

Le deuxième malade, âgé de 65 ans, ébéniste, n'eut ni douleurs bien vives, ni hémorragie, et succomba subitement à des phénomènes de suffocation. La maigreur était extrême. Le mal s'était développé à gauche et avait gagné les deux piliers. Durée probablement identique à celle du premier cas. Le patient fut suivi durant huit mois à la consultation hospitalière.

Le troisième cas se rapporte à une sage-femme de 47 ans. Le malaise guttural remontait à cinq années et se serait accompagné au début d'altération de la voix et de douleurs névralgiques. État stationnaire pendant trois ans, puis aggravation subite, dysphagie, douleurs violentes et pénibles ; apparition d'ulcérations qu'on crut d'abord syphilitiques ; insuccès complet des spécifiques ; pas d'engorgements ganglionnaires, santé générale bonne, hypertrophie des parties malades (amygdales, piliers) qui étaient inégales et érodées.

La quatrième observation serait, suivant Lasègue lui-même, très douteuse par la symptomatologie, l'évolution des symptômes et l'âge du sujet, qui était une jeune femme. Il est possible qu'il s'agisse d'un lupus primitif du pharynx, affection rare, mais qu'on rencontre parfois.

Parlant de l'historique de l'affection, il signale les travaux de Warren, de Marsden (*Lancet*, 1859) et surtout de Leber (*Traité des maladies cancéreuses*, 1851), qui avait consacré un chapitre spécial de son ouvrage aux tumeurs malignes de l'arrière-gorge.

Troubles nerveux du pharynx. — Les perturbations nerveuses du pharynx seraient d'abord l'*hyperesthésie* qu'on rencontre dans toutes les phlegmasies aiguës, mais qui peut, même dans

ce cas, avoir une certaine autonomie quand, chez un sujet nerveux, elle dépasse les bornes permises. Du reste, contrairement à quelques-uns de ses prédécesseurs, Lasègue n'aurait pas observé de névralgie véritable. Parfois il n'y aurait pas de lésions inflammatoires et tout au plus un peu de rougeur diffuse. Les phtisiques seraient sujets à cette incommodité au début de leur maladie [1]. Si peu grave que soit le symptôme ainsi isolé, il serait nuisible en gênant l'alimentation.

L'*anesthésie* lui paraît plus importante à étudier, que l'hyperesthésie. Où commence-t-elle ? C'est ce qu'il est difficile à dire, la sensibilité pharyngienne étant très variable suivant les individus. Il y aurait anesthésie ou plutôt paresthésie après toute angine aiguë. Cette anesthésie se localiserait parfois à un segment du voile. Les hystériques en seraient particulièrement atteints. Du reste, la sensibilité fonctionnelle pourrait persister, même si la sensibilité générale était abolie. Ce sont, dit-il, deux ordres de phénomènes parfaitement distincts.

La *paralysie*, mieux connue que les troubles précédents, dériverait d'une maladie nerveuse ou d'une angine. Survenue au cours d'une phlegmasie simple, elle serait transitoire. Il en est, dit-il, autrement, si elle succède à une inflammation spécifique [2] de la gorge. Ce serait là une distinction d'une très grande importance ; il n'y a plus alors proportion exacte entre l'angine et la paralysie ; la durée pourrait être très longue. L'affection succéderait surtout alors à l'angine couenneuse, puis aux fièvres exanthématiques et enfin aux amygdalites et périamygdalites tonsillaires.

1. Comme devait l'affirmer Julliard, dans une thèse célèbre.

2. La diphtérie, par exemple, dont le rôle était bien connu depuis les recherches de Maingault et de Trousseau.

On voit que l'auteur, tout en tendant à confondre cette dernière avec les angines pultacées et couenneuses, vulgaires ou spécifiques (scarlatine), dont elle ne serait qu'un degré plus avancé, tend cependant à lui conserver son importance clinique, qu'il aurait pu du reste mettre davantage en relief, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

II. — CHIRURGIENS

1. — BOYER



La lecture du *Traité des maladies chirurgicales* du professeur Boyer, baron de l'empire, membre de l'académie de médecine et de plusieurs autres sociétés savantes, est des plus instructives pour se faire une idée précise des connaissances de l'époque en nosologie pharyngée. On y retrouve, comme dans les autres parties de l'ouvrage, l'esprit net, méthodique, pondéré, érudit de l'auteur, excellent clinicien, bien que ne possédant pas les envolées géniales de Desault et de Dupuytren. Il s'était admirablement assimilé les innombrables travaux de ses éminents prédécesseurs du siècle dernier et on retrouve dans ses écrits l'enseignement fidèle de l'ancienne académie de chirurgie d'illustre mémoire. Il ne dédaignait pas non plus, du reste, les travaux de ses contemporains. L'observation attentive des malades, tant dans son service de la Charité que dans sa vaste clientèle, lui a, ici comme ailleurs, permis de faire des remarques personnelles intéressantes, que nous aurons un peu plus loin l'occasion de signaler. Boyer excelle à tracer des tableaux morbides d'une concision saisissante et très complets malgré leur brièveté voulue.

L'*amygdalite* aiguë est dépeinte de la façon suivante : « L'angine tonsillaire est une maladie des plus fréquentes ; elle règne quelquefois épidémiquement au printemps et en automne, mais surtout au printemps, lorsque la température, après avoir été froide pendant longtemps, passe tout à coup à un état opposé. » De la sorte, se trouve mentionnée la pure doctrine hippocratique, assez vraie pour la région parisienne, mais moins exacte, en général, pour le bassin de la Méditerranée, où des amygdalites estivales graves sont assez fréquentes, comme le reconnaît Galien. Même fidélité aux doctrines classiques et à la clinique dans le paragraphe suivant. « Aucun âge n'en est à l'abri ; mais tous n'y sont

pas également sujets. L'enfance, l'adolescence et la jeunesse y sont beaucoup plus exposées que l'âge mûr et la vieillesse. » L'état variable du tissu adénoïdien aux différentes époques de l'existence est venu expliquer après coup les données de l'observation. On s'était rendu compte déjà aussi que la constitution des malades n'est pas indifférente. Certains contemporains incriminent la débilité, le manque de résistance, le sexe (féminin); mais la plupart des médecins de l'époque de Boyer accusaient la pléthore d'engendrer les accidents franchement inflammatoires à vive réaction phlegmasique, tenant les causes que nous venons d'énumérer comme de simples prédispositions à l'angine catarrhale. On ne parlait pas encore de scrofule ; cette diathèse ne sera édifiée que plus tard. Boyer n'est pas du reste très affirmatif sur les grandes hypothèses pathogéniques des théoriciens. Il se contente de dire d'un air de doute : « Le tempérament sanguin est considéré comme une des causes prédisposantes de cette affection. » Les causes secondes sont exposées avec plus de complaisance : « Le contact d'un corps très chaud ou très froid sur les tonsilles, la déglutition des substances âcres, l'inspiration d'un gaz irritant, la marche, la course, l'équitation (voir sur ce sujet les auteurs de la période gréco-romaine) en sens inverse du vent, les cris, les chants forcés (ceux-ci déterminent plutôt de la laryngite), la déclamation, l'usage des instruments à vent sont les principales causes de l'angine tonsillaire. » L'auteur insiste aussi sur le refroidissement des pieds, de la nuque et de la partie antérieure du cou.

Boyer met également en relief l'extrême variété du tableau morbide suivant le degré de l'inflammation, son siège unilatéral ou bilatéral, sa tendance ou non à suppurer. Il ne décrit qu'un seul mode de début, celui par les phénomènes locaux. Les symptômes réactionnels sont bien exposés, mais sans grande originalité, sauf les troubles d'articulation de la parole qui semblent avoir particulièrement attiré son attention.

Voici pour la terminaison : « L'angine tonsillaire dure ordinairement de trois à quatorze jours. Elle se termine dans la plupart des cas par résolution, quelquefois par suppuration, par induration ou par gangrène. » Le sphacèle, en effet, était regardé comme bien plus fréquent qu'aujourd'hui. Etait-ce constamment une erreur de diagnostic ou la constitution épidémique de l'époque et surtout des traitements constrictifs mal compris prédisposaient-ils davantage à cette complication qu'aujourd'hui?

L'écrivain s'exprime ainsi à propos de la *suppuration* : « Lorsque l'angine tonsillaire doit se terminer ainsi, on remarque

qu'après avoir diminué d'intensité (cas de tonsillite se réchauffant en péritonsillite), la maladie se prolonge au delà du terme ordinaire; que la déglutition qui était devenue plus libre, lorsque la douleur avait perdu sa violence, se fait de nouveau avec plus de difficulté. Si la mâchoire peut s'abaisser librement (amygdalite suppurée vraie), on voit les amygdales plus volumineuses, lisses et plus unies à leur surface (par distension et étalement de leur surface) qu'elles ne l'avaient été jusqu'alors. Quelquefois, elles forment dans un point de leur surface une saillie légère, et y présentent une couleur plus pâle. Si l'on porte le doigt sur cette partie, on y distingue aisément de la fluctuation. »

Dans le cas où la mâchoire inférieure ne peut s'abaisser (péritonsillite empâtant le voisinage de l'articulation ou trismus réflexe), il serait plus difficile de reconnaître si la phlegmasie se termine par suppuration. A ce sujet, l'auteur recommande non seulement de réunir « tous les signes rationnels qui peuvent indiquer cette terminaison », mais encore de forcer (avec la brutalité de l'époque) un coin placé entre les dents, qui ouvre la mâchoire et permet d'examiner avec le doigt l'isthme du gosier. On parviendrait ainsi sur l'amygdale elle-même, dont on explore le volume, la dureté et dans laquelle on reconnaît aisément la présence d'un liquide. En effet, Boyer est « un interventioniste ». Si l'inflammation aboutit à l'hypertrophie, il ne faudrait pas s'alarmer du terme de squirrhe employé par les nosologistes; car, « cette espèce d'induration n'a rien d'alarmant ».

Après avoir parlé des gargarismes émollients, des enveloppements chauds, des fumigations, de la saignée buccale par les sangsues et de la phlébotomie générale fort en honneur à son époque, des purgatifs très indiqués, dit-il, s'il y a embarras gastrique concomitant, il recommande de pratiquer de la façon suivante l'ouverture de l'abcès tonsillaire : « On commence par écarter les mâchoires en plaçant entre les dents molaires un morceau de bois blanc taillé en forme de coin. On abaisse ensuite la base de la langue avec un ou deux doigts et l'on introduit dans la bouche un bistouri long et étroit, tenu horizontalement et dont la lame fixée sur le manche est couverte d'une bandelette jusqu'à trois ou quatre lignes de sa pointe. On fait sur la tumeur une incision transversale, et on retire promptement le bistouri en ayant soin d'écarter sa pointe des parties qu'elle pourrait blesser dans le moment où la douleur fait faire au malade des mouvements involontaires. »

Ainsi, on agissait au petit bonheur sur une région tuméfiée, qu'on incisait largement et profondément, pour se donner plus de chance d'ouvrir la collection purulente ou de lui faire du moins une voie future pour son évacuation; pour ne pas blesser le voile ou les piliers, on s'attaquait aux parties les plus saillantes, en se dirigeant d'avant en arrière.

Lorsque le coin en bois n'avait pas réussi à écarter les mâchoires, ce qui devait arriver souvent, on devait, dit Boyer, se contenter de guider le bistouri avec l'index. Du moins, l'auteur refuse de compliquer encore le danger de sa manœuvre, en se servant d'instruments mal appropriés. «Quelques chirurgiens emploient de préférence pour ouvrir ces abcès une lancette fixée sur son manche, d'autres se servent du pharyngotome dont la lame cachée dans une espèce d'étui, en sort instantanément pour ouvrir la tumeur ; elle y rentre au moyen d'un ressort. Nous préférons le bistouri avec lequel on apprécie mieux la profondeur à laquelle on pénètre, le lieu où l'on opère et l'étendue de l'incision. »

Quelques cas malheureux, et surtout des remarques inexactes sur le voisinage réciproque de la carotide et de la tonsille corrigeront bientôt les praticiens de leur audace et leur inspireront même une timidité excessive. Du temps de Boyer, les scarifications sur l'organe permettaient de dégager la tonsille, sans s'exposer à des interventions intempestives, lorsque l'existence et le siège de l'abcès n'étaient pas suffisamment précisés. L'auteur cependant voulait qu'on incisât quand la tuméfaction du cou (phlegmon latéral actuel) menaçait de complications cervicales sérieuses.

Cet écrivain redoute qu'un abcès, en s'ouvrant à la fois dans le pharynx et sur le revêtement cutané des parties voisines, n'amène l'établissement d'une communication anormale, accident bien rare, il est vrai, mais qui s'observe quelquefois. « Il pourrait alors arriver, comme dans un cas rapporté par Lisfranc, qu'il se formât une fistule depuis la cavité de la trachée jusqu'aux téguments du cou. Une telle fistule donnerait passage à la salive et aux aliments et serait peut-être très difficile à guérir. »

Quant à la *gangrène*, « il importe, pour diriger le traitement d'une manière convenable, d'examiner avant tout si l'affection est locale ou si elle est liée à une disposition générale de l'économie ». La mortification des amygdales et même du pharynx, suite de phlegmasie, était une notion classique à l'époque où Boyer faisait paraître son traité

Les recherches de Bretonneau sur la diphtérie n'étaient pas encore parues, et le sphacèle guttural, qu'il devait rayer pour un

temps de la nosologie pharyngée, était encore accepté par tous les écrivains de l'époque. De là cette phrase de notre auteur : « Si une fièvre adynamique accompagne cette gangrène des tonsilles, il faut continuer, avec le traitement local indiqué (gargarismes astringents à l'acide sulfurique) et les toniques, l'usage des remèdes que réclame cette espèce de maladie, tels que les décoctions amères et aromatiques, les boissons acidulées. et vineuses, les bols de camphre (médicament en honneur à cette époque et que Raspail a eu le tort de trop vouloir généraliser), les vésicatoires violents, etc. » Lorsque l'escarre viendra à se détacher, on agira, dit Boyer, suivant l'aspect de la plaie. On voit par là que ses conseils sont purement théoriques ; car bien peu survivent, même à l'heure actuelle, à la mortification des parois gutturales.

Jusqu'ici, il ne s'agissait que des pharyngites que l'on appelle actuellement septiques et qui semblent relever d'infections streptococciques (ex : la pharyngite phlegmoneuse dite de Senator). Un peu plus loin, Boyer emprunte à Fothergill, dont il reproduit fidèlement la description tout en l'abrégeant, la peinture de ce qu'on appelait alors « l'angine gangreneuse » et qui n'était point autre chose que notre angine diphtérique, celle que l'Ecole de Tours devait si brillamment faire connaître, redressant des erreurs plusieurs fois centenaires, notamment le soi-disant sphacèle des parois pharyngées.

Abordant l'histoire de l'*hypertrophie des amygdales*, l'écrivain distingue ces hypermogalies du *cancer* proprement dit, dont il a quelque idée, bien que la littérature médicale fusse alors fort pauvre sur ce sujet. Etait-ce simple supposition ou déduction clinique personnelle ? « Cependant les glandes amygdales peuvent être véritablement squirreuses ou carcinomateuses ; mais, dans ce cas qui est très rare, il n'y a aucune opération à pratiquer, parce qu'il serait absolument impossible d'enlever ou de détruire toute la maladie. » Après avoir signalé la prédominance de cette tonsillite chronique chez les jeunes sujets, Boyer insiste sur le *facteur héréditaire*, et semble considérer un certain nombre de cas comme manifestement congénitaux. « Je connais à Paris une famille dont tous les individus ont par première conformation ces glandes très grosses. Le père, après plusieurs angines tonsillaires, fut attaqué d'un gonflement chronique des amygdales. A mesure que ces glandes acquéraient plus de volume, l'angine se renouvelait plus fréquemment et devenait chaque fois plus intense (amygdalites lacunaires). Je fis la rescision de ces glandes et le malade s'est trouvé délivré en même temps

de la gêne causée par leur développement excessif et de la disposition au retour fréquent de l'angine tonsillaire. Un de ses enfants, c'était une jeune fille de quinze à seize ans, sans avoir été attaquée d'inflammation à la gorge, avait les amygdales si volumineuses que le ton de sa voix était sensiblement altéré. Je fis la rescision de ces glandes et la voix devint douce et naturelle. »

Quand la glande a un pédicule étroit, on pourrait recourir à la ligature, si la rescision avec le bistouri n'était pas « beaucoup plus prompte, plus facile et moins douloureuse ». Les scarifications, l'équivalent de nos pointes de feu, sont regardées comme infidèles et trop peu actives. Les caustiques, d'autre part, seraient d'une application « incommode, difficile, douloureuse et doivent être réitérés trop souvent pour peu que les amygdales soient volumineuses; ils ne sont pas non plus sans danger ». Le cautère actuel (fer rouge) « a tous les avantages des caustiques et il est exempt de la plupart de leurs inconvénients. Mais sans compter l'effroi que cause toujours aux malades l'emploi du feu, ce moyen exige souvent des applications répétées pour détruire la portion excédente des amygdales, pour peu que cette portion soit considérable, parce que la fumée âcre qui s'élève des portions grillées ne permet pas longtemps son emploi ». On ne devrait recourir à ce procédé que dans les cas d'amygdalites fongueuses, quand surtout les masses morbides très volumineuses rendent l'ablation impossible par d'autres méthodes. En définitive, l'ablation par l'instrument tranchant constituerait le moyen le plus sûr, le plus prompt et le plus efficace contre l'engorgement chronique de ces glandes. Il ne faudrait enlever que la portion de la tonsille dépassant les piliers. Il ne s'agissait donc nullement d'une amputation totale, très difficile à effectuer et qui exposerait en outre à des hémorragies redoutables; c'est pourquoi l'opération sembleraitt contre-indiquée pour les amygdales cancéreuses, ainsi qu'il a été dit plus haut. La technique opératoire au bistouri ou aux ciseaux courbes est fort bien exposée; l'auteur discute à fond les diverses modifications qui ont été successivement proposées à cette opération classique.

Ainsi, le bistouri usité en pareil cas aurait cependant une lame trop large et cette largeur « nuit au jeu de l'instrument »; c'est pourquoi il a cru devoir employer un petit couteau n'ayant pas ces inconvénients. « Sa lame a trois pouces et demi de longueur et deux lignes et demie de largeur. Le tranchant s'étend jusqu'à la pointe terminée par un petit bouton pour ne point blesser la partie postérieure du pharynx ». La lame était du

reste mobile comme dans les autres bistouris. D'autre part, bien que l'erigne simple soit moins embarrassante, si des spasmes gutturaux forcent à interrompre l'opération, Boyer recommande l'érigne double parce qu'elle maintient mieux la tumeur ; mais il faut que son crochet soit assez grand pour pénétrer les trois quarts de la tonsille en profondeur. La pince de Museux devrait être rejetée, parce que, contrairement à l'érigne, elle ne permet plus, une fois fixée, le dégagement de l'organe.

Si l'on procède avec les ciseaux dont Boyer ne semble pas apprécier l'emploi, parce que probablement il le jugeait trop aveugle, on incisera toujours de bas en haut et non de haut en bas « parce que la partie inférieure qui se relâche se coupe mal et qu'il subsiste souvent un pédicule auquel pend le lambeau détaché, ce qui provoque des quintes de toux très gênantes ; et parfois l'asphyxie (Moscati), s'il y a pénétration dans le larynx. »

Contre la *fente congénitale du palais et du voile*, Boyer ne connaît bien que la prothèse à l'aide d'appareils semblables à celui que Catalan, habile dentiste de Paris à l'époque, fit pour le cas d'une jeune fille de dix-huit ans et qui remédia aux principaux troubles constatés. Si le voile seul est intéressé, on pourrait cependant recourir à l'avivement et à la suture des bords de la division, comme l'avait fait récemment son beau-fils, Roux, chez un jeune Canadien dont l'histoire est rapportée tout au long.

Enfin, on trouve un peu plus loin un passage montrant que l'écrivain avait déjà une vague idée de ces *tumeurs palatines* que Nélaton et Michon feront connaître au public médical. « Quelquefois, dit-il, ces tumeurs sont dures, compactes, blanches, non susceptibles de devenir cancéreuses, et ressemblent beaucoup à certaines épulis qui sont devenues énormes sans dégénérer en cancer. D'autres fois, les tumeurs sont moins dures, leur surface est inégale ; elles saignent avec facilité ; leurs progrès sont plus rapides, et elles deviennent presque toujours cancéreuses, quand on les irrite avec de mauvais topiques. » Les premières étant généralement pédiculées seraient d'une extirpation facile. Si le pédicule est épais, on pourra se servir de la rugine, comme l'a fait Boyer chez une dame qui en était atteinte depuis dix ans. « Cette tumeur qui était située un peu derrière la partie moyenne du palais égalait par son volume une grosse noix ; elle était très dure, blanche, indolente et ne causait d'autre incommodité qu'une gêne assez grande dans la mastication et la déglutition. »

Contre les *tumeurs d'allure maligne*, l'ablation ne sera pos-

sible que lorsqu'elles sont encore bien limitées. On se servira du bistouri ou du fer rouge; « mais, après cette opération, on a toujours à craindre la récidive de la maladie. La base de ces tumeurs étant toujours fort large, on ne peut pas les enlever avec les ciseaux. Le bistouri concave sur son plat ou le scalpel à deux tranchants et à pointe mousse est le seul instrument convenable ». On enlèverait d'abord la masse morbide, puis on cautériserait les tissus voisins pour détruire autant que possible les racines du néoplasme.

Boyer distingue *des ulcères* des amygdales, du palais, du voile, des piliers, du pharynx proprement dit. Certains succèdant aux aphtes, aux abcès, dont l'ouverture ne s'est pas refermée, seraient bénins et faciles à traiter. S'il s'agit d'un vice interne, ils seraient beaucoup plus malaisés à guérir et désorganiseraient parfois entièrement les parties attaquées. Ceux de nature vénérienne, regardés comme très fréquents à l'époque de notre auteur, sont décrits par lui d'après Hunter. Il en note l'indolence, la teinte, le siège, la surface revêtue d'une couenne blanchâtre, les bords à pic, la marche très lente, les destructions étendues suivies souvent de destructions inguérissables. Les ulcères cancéreux sont passés sous silence, bien que les néoplasmes malins aient été mentionnés dans cet ouvrage, comme on l'a vu plus haut.

---

2. — DUPUYTREN



Si on en excepte quelques remarques peu originales sur les plaies du cou en général et, en particulier, sur celles du pharynx, la nosologie gutturale n'est redevable à Dupuytren que sur un seul point, mais d'une importance capitale. C'est lui, en effet, qui a signalé le premier les *déformations thoraciques* consécutives à l'hypertrophie de l'anneau de Waldeyer. Il est vrai qu'il incrimine l'amygdale palatine, là où il aurait dû accuser la tonsille pharyngée [1] ; mais les déviations dans le mode de conformation normale de la poitrine n'en ont pas moins été signalées par lui avec beaucoup d'exactitude. Chose surprenante, il saisit nettement la grande fréquence de ces anomalies. « Il ne se passe guère de mois, dit-il, que je ne rencontre plusieurs exemples de cette déformation. » Il en comprend aussi la gravité ; car elle porte « sur les parois d'une cavité qui renferme deux des appareils d'organes dont les fonctions sont les plus nécessaires à la vie ». Van Swieten, J.-L. Petit, Levacher surtout, avaient déjà décrit des courbures vicieuses du thorax qu'ils attribuaient au rachitisme ; mais leur exposé assez confus avait, de plus, le défaut d'être rattaché à une pathogénie erronée. Dupuytren, au contraire, remarque que les côtes ne sont pas seulement aplaties latéralement avec projection en avant du sternum, qui fait une saillie en carène, et courbure en arrière du rachis en dos d'âne, mais qu'elles sont encore comme enfoncées en dedans, « ainsi qu'on le fait lorsqu'on veut étouffer les pigeons en passant les doigts sous leurs ailes et en comprimant les côtés du thorax. Cette déformation est portée si loin chez quelques enfants, qu'on peut embrasser les deux côtés de la poitrine avec les doigts de la même main ». Les dimensions de cette partie du corps s'en trouveraient modifiées du tout au tout. « Les rapports ordinaires des diamètres de cette cavité sont alors tellement changés, que ceux qui s'étendent d'un côté à l'autre

1. Celle-ci n'a été signalée que beaucoup plus tard par Luschka et par Kölliker.

perdent un quart, un tiers et quelquefois la moitié de leur étendue, *tandis que les diamètres verticaux s'accroissent d'autant.* »

Il s'agirait ici d'une *déformation compensatrice*, permettant aux organes de l'hématose de se loger plus à l'aise. « Il semble qu'en ôtant à la poitrine et aux poumons leurs dimensions dans un sens, la nature ait voulu compenser ce défaut en agrandissant la poitrine dans un autre sens. »

Du reste le gain serait loin d'être proportionnel à la perte subie. « Il s'en faut cependant qu'il y ait compensation entière tant sur le rapport de la capacité de la poitrine que sur le rapport de l'action des organes ; en effet, soit que la poitrine ne gagne pas dans certains sens ce qu'elle perd dans l'autre, ou que quelques organes de la respiration ou de la circulation mis dans des conditions de situation et de rapport différents de ceux que prescrit la nature ne puissent plus exercer leurs fonctions comme dans leur état normal, cette déformation produit constamment une oppression très grande, une brièveté habituelle de la respiration et de la voix, un état d'anxiété et d'angoisse inexprimables. »

Certes, l'auteur force ici un peu la note en assombrissant ainsi le tableau morbide. Ces cas extrêmes sont assez rares. On voit que l'écrivain s'est basé surtout sur son expérience hospitalière beaucoup plus que sur sa pratique privée. Il en résulte qu'il a surtout en vue les modalités les plus accentuées des déformations thoraciques d'origine adénoïdienne. D'autre part, les symptômes signalés chez les jeunes sujets relèvent bien plus de l'angine du nourrisson, décrite en ces derniers temps, que d'une inflammation chronique du tissu lymphatique de la voûte du cavum. « Chez le nouveau-né, il y a difficulté très grande dans la succion du mamelon, menace de suffocation lorsque celui-ci est gardé quelque temps dans la bouche, nécessité de le quitter avec de grands cris, au bout de quelques instants. » L'aspiration des côtes en dedans est due au vide thoracique et à la souplesse extrême des parois ; il ne s'agit point d'une déformation permanente, mais transitoire et d'origine asphyxique. La *parole brève et saccadée* dont parle Dupuytren est, comme on le sait, surtout le fait d'un peu de catarrhe et de congestion venant assaillir un organe dont la circulation habituelle est déjà pas mal entravée. Mais *l'aggravation des phénomènes sous l'influence de la moindre fatigue* est très exactement observée. « Ces symptômes augmentent toutes les fois que les malades prennent un peu d'exercice, qu'ils montent ou

descendent un escalier, qu'ils veulent parler avec action ou chaleur. » Ici encore la note est un peu forcée, et n'est tout à fait exacte que quand il s'y joint des troubles cardiaques, assez fréquents du reste au cours de l'affection. Cette similitude entre les perturbations circulatoires des vieux mitraux, par exemple, et les phénomènes signalés, n'échappe du reste pas à l'auteur, qui écrit, à ce propos, cette phrase caractéristique. Les choses se passeraient, dit-il, « à peu près comme chez les individus qui seraient affectés de *maladies de cœur*. Le désordre des mouvements de cet organe, les irrégularités du pouls qui se ralentit et se précipite tour à tour, pourraient faire croire à une maladie de cœur, si l'observation attentive des phénomènes n'apprenait que ces désordres et ces irrégularités sont en rapport avec les mouvements de la respiration seulement, et qu'ils sont un des effets de la gêne qu'elle éprouve. »

L'exacerbation des phénomènes d'obstruction nasale qu'on constate durant la nuit est ainsi rapportée. « Pendant le sommeil, la respiration gênée par le défaut de conformation de la poitrine et *par le gonflement des amygdales* se fait toujours la *bouche ouverte* et avec grand bruit. Ce sommeil lui-même est fréquemment agité par des rêves pénibles qui sont presque toujours relatifs à l'état de la respiration, et il est fréquemment interrompu par des crises et des *réveils en sursaut.* » Dupuytren[1] pense que ces troubles respiratoires et cardiaques peuvent, en s'accentuant, déterminer une issue fatale, du moins chez les jeunes sujets, et qu'ils entravent, en tout cas, d'une façon notable, l'allaitement et le développement corporel.

L'étiologie est relatée de la manière qui suit : « Une chose remarquable est que ce vice de conformation est presque constamment accompagné *d'un gonflement considérable des amygdales*, gonflement dont la liaison avec la dépression de la poitrine tient à une cause qui nous est encore inconnue ». Le grand chirurgien n'ose encore formuler un lien pathogénique étroit entre les deux sortes de lésions. Ceci sera l'œuvre de ses successeurs, notamment de Robert.

1. Ainsi, Dupuytren se rend compte que la gêne observée n'est pas attribuable en entier aux déformations thoraciques et qu'une part revient à l'obstruction locale des voies respiratoires supérieures.

3. — ROUX.



Roux, le gendre de Boyer, dont il continua si glorieusement les traditions, l'émule souvent heureux de Dupuytren, le chirurgien habile et audacieux auquel sont dues des tentatives si intéressantes en médecine opératoire, qui ont fait de lui un novateur fécond, a fait accomplir à l'autoplastie pharyngée un pas décisif, en inventant la *staphylorrhaphie*. On a dit qu'il avait eu des précurseurs ; la chose n'a pas lieu d'étonner, quand on se rappelle que la fente vélaire existe dans un organe mobile, composé de parties molles et dont les deux moitiés sont manifestement capables de rapprochement.

Cependant, les difficultés techniques étaient telles que c'est seulement vers la fin du XVIIIe siècle que fut risquée une intervention dans ce sens. Dans son mémoire « sur différents objets de la médecine », publié en 1784, Robert, docteur régent de la faculté de médecine de Paris, rapporte le fait suivant, qui, d'après Velpeau, aurait bien trait à la staphylorrhaphie. « Un enfant avait le palais fendu depuis le voile jusqu'aux dents incisives. M. Lemonnier, très habile dentiste, essaya avec succès de réunir les deux bords de la fente. Il fit d'abord plusieurs points de suture pour les tenir rapprochés, et les rafraîchit ensuite avec l'instrument tranchant. Il survint une enflammation qui se termina par suppuration et fut suivie de la réunion des deux lèvres de la plaie artificielle. »

En 1813, Colombe (Velpeau, *Médecine opératoire*) exécuta plusieurs fois sur le cadavre l'opération de la soudure des deux moitiés du voile. En 1815, il voulut même l'exécuter sur le vivant ; mais le malade s'y refusa. Du reste, ses essais ne furent pas publiés.

Il n'en fut pas de même de ceux de de Græfe père, qui, en 1816, cautérisa avec un caustique les bords de la fente, puis en exécuta la suture, mais fautivement, semble-t-il ; car il y eut échec complet (*Journal de Hufeland*).

Tout cela restait profondément ignoré et ne comptait pas, puisque la technique n'était point fixée et que l'inspiration du

moment, le hasard seul, avaient guidé les opérateurs. Or, en pareil cas, la méthode et le succès qui couronnent toute tentative bien réglée doivent seuls entrer en ligne de compte. Roux fut plus heureux que ses devanciers, parce qu'il avait mieux compris qu'eux les indications à remplir. Le docteur Stephenson, jeune Canadien, était atteint d'une fente congénitale du voile, assez large, de forme triangulaire et à base postérieure, établissant une large communication entre la bouche, le pharynx proprement dit et le cavum. La déglutition était assez facile ; mais les aliments passaient fréquemment par le nez et la voix avait le timbre désagréable, caractéristique de ce genre de malformation. « Adonné, dit Boyer, à l'étude de la médecine et convaincu, par le silence de tous les auteurs, de l'impossibilité de remédier à cette infirmité, ce jeune homme la supportait avec résignation. Une circonstance particulière l'ayant mis en rapport avec M. Roux, cet habile chirurgien entrevit aussitôt la possibilité de le guérir, en avivant les bords de la division, les affrontant au moyen de la suture, se conduisant enfin comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Cette idée, embrassée avec ardeur par celui qu'elle touchait le plus fut exécutée le surlendemain de la façon suivante : Deux aiguilles courbes reçurent successivement trois ligatures composées de trois fils cirés. Elles furent alternativement conduites jusqu'au fond de la gorge, au moyen d'un porte-aiguille, et chacune d'elle, fut passée trois fois *à des intervalles convenables et d'arrière en avant, au travers de chaque portion du voile du palais* ; elles entraînèrent avec elles les fils dont elles étaient armées. A l'aide de ces fils, dont les bouts étaient pendants dans la bouche, on put aisément rapprocher les lèvres de la division et s'assurer de la possibilité de les réunir *après qu'elles auraient été excisées.* Cette excision ayant été pratiquée au moyen d'une pince et d'un bistouri boutonné conduit de bas en haut (d'arrière en avant), on procéda à la ligature de chacun des fils, et, dès ce moment, la coaptation fut parfaite. »Pendant quatre jours le malade s'abstint de parler et d'avaler. Il ne survint aucun accident et le timbre de voix serait redevenu normal.

Stephenson rapporta, deux semaines après, sa propre observation à l'académie des sciences, puis il la développa tout au long dans sa thèse soutenue à Londres, en 1821. Roux, qui, dans une inspiration géniale, avait inventé de toutes pièces son procédé, ne tarda pas à réitérer ses tentatives dans des circonstances plus ou moins analogues. Il est facile de concevoir l'émotion causée par ces hardiesses heureuses qui rendaient curable une dif-

formité des plus fâcheuses, passant comme pour être au-dessus des ressources de l'art.

Un an après la soutenance de la thèse de Stephenson, le célèbre chirurgien anglais Alcoq imitait avec succès la conduite de Roux. Celui-ci eut bientôt encore d'autres émules dont nous empruntons l'énumération à Velpeau (*Traité de médecine opératoire*). « M. Jousselin, de Liége, a obtenu deux succès, et M. Beaubiau un troisième. M. Caillot, de Strasbourg, en a fait connaître un quatrième, et, en 1828, M. Jules Cloquet un cinquième. M. Mousseau en a publié un sixième obtenu par lui, à Sablé, chez une jeune fille de vingt ans. Bonfils en a communiqué un autre, vers le même temps, à la Société de médecine pratique de Paris. MM. Smith, Hosaek, Stevens, Warren, en Amérique, Dieffenbach et d'autres en Allemagne, Philippart, Bérard, Thierry, Baradin, en France, n'ont qu'à s'en louer. » Quant à Roux, le nombre de ses staphylorrhaphies s'éleva en quelques années à une centaine.

Cependant, son procédé était loin d'être sans défaut. Voici comment il est décrit par Malgaigne : « Le sujet, assis en face du jour, la bouche écartée à l'aide d'un coin de liège, le chirurgien saisit avec les pinces le bord droit de la division, prend les pinces de la main gauche et de la droite conduit dans le pharynx le porte-aiguille dont la pointe regarde par conséquent en avant. On ramène la pointe de cette aiguille sur la *face postérieure* du voile du palais, de manière à le traverser d'arrière en avant, près de son extrémité inférieure et à trois lignes et demie ou quatre lignes environ du bord de la division. Pour enfoncer l'aiguille, on attend que les *parties soient en repos*; puis, la perforation étant faite, on fait saillir le plus possible la pointe de l'aiguille en avant, on la saisit avec des pinces et, faisant lâcher prise au porte-aiguille, on ramène dans l'intérieur de la bouche l'aiguille entraînant avec elle le bout de la ligature dont elle est enfilée. Cette manœuvre est longue et fatigante, et il convient de laisser après au malade quelques instants de relâche, durant lesquels il puisse fermer la bouche, cracher et respirer à son aise. On passe ensuite de la même manière l'autre bout de la ligature à travers le côté gauche du voile du palais et on en fait pendre les deux extrémités au dehors des commissures labiales. Puis, on place une seconde ligature en haut, à peu près au niveau de l'angle d'union des deux moitiés du voile du palais, et une troisième précisément au milieu de l'intervalle qui sépare les deux autres.

« Les ligatures étant placées, on en abaisse les parties moyennes

vers le pharynx pour ne pas être exposé à les couper en excisant les bords de la division, et l'on procède à ce second temps de l'opération. On saisit donc le bord gauche de la fente, tout à fait en bas, avec les pinces à anneaux, et on le met dans un état de tension favorable au jeu de l'instrument. On commence l'avivement de ce bord avec les ciseaux coudés, puis avec le bistouri droit boutonné, placé en dehors des pinces, le dos tourné vers la base de la langue, et qu'on fait agir en sciant de bas en haut. on détache un lambeau également épais d'une demi-ligne environ dans toute son étendue. On a bien soin de prolonger légèrement ce lambeau jusqu'un peu au-dessus de l'angle d'union de la scissure, en le tenant fixé avec les pinces jusqu'à la fin de cette division. On en fait autant du côté opposé, en joignant les deux plaies l'une à l'autre sous un angle très aigu au-dessus de l'angle d'union indiqué.

« Il ne reste plus qu'à serrer les ligatures. On commence par la plus inférieure, avec laquelle on fait d'abord un nœud simple. Après l'avoir serré suffisamment avec les doigts indicateurs, on le fait saisir avec les pinces à anneaux, pour qu'il ne se relâche point, jusqu'au moment où l'on aura serré l'autre. On opère de même sur les deux ligatures supérieures, en portant à dessein la constriction un peu au delà du degré rigoureusement nécessaire, pour mettre en contact immédiat les bords de la division. Enfin, avec les ciseaux, on retranche près du nœud les deux bouts de chaque ligature désormais inutiles. »

Or, il est difficile de placer les points de suture à égale hauteur à droite et à gauche, pour que les intervalles soient rigoureusement égaux. D'autre part, ces points de suture ne doivent pas être éloignés des lèvres de la fente pour permettre de les serrer convenablement et d'amener un affrontement parfait sans causer un tiraillement excessif, provoquant la douleur et peut-être la gangrène des parties ainsi lésées. Tout ceci est bien difficile quand on passe l'aiguille d'arrière en avant, c'est-à-dire de la face postérieure à la face antérieure du voile, puisqu'en réalité on agit un peu au hasard. D'autre part, Roux, avivant les bords après qu'il avait passé les fils, s'exposait à couper ceux-ci s'il se servait des ciseaux, ou à tailler des bords irréguliers en zigzag s'il recourait seulement au bistouri boutonné; car, avec cet instrument, même en tendant fortement le voile, on a toujours beaucoup de peine à faire une section nette et égale.

Des perfectionnements étaient donc nécessaires. Smith facilita beaucoup l'opération, d'une façon indirecte, en rendant le champ

opératoire plus accessible, grâce à un *mors* écartant largement et sûrement les deux bords alvéolaires des mâchoires. Puis on fit au préalable l'avivement des deux bords de la fente avec des ciseaux courbes, délaissant les caustiques employés par les Allemands (de Graefe, Ebel, Warnike). La *pose des fils* étant très difficile avec le procédé de Roux, Bérard imagina de passer ceux-ci *d'avant en arrière*, de façon qu'on savait désormais ce qu'on faisait. « Les instruments dont je me servais, dit-il, étaient à peu près les mêmes que ceux de Roux. L'aiguille recourbée, enfoncée d'avant en arrière, venait présenter sa pointe dans la fissure où un aide la saisissait, pendant qu'un autre dégageait le porte-aiguille ; seulement il fallait deux fils différents pour chaque suture. L'un de ces fils passé dans l'anse de l'autre servait ensuite à ramener ce dernier en avant pour faire ensuite le nœud commodément. » En inventant une aiguille élastique moulée sur un porte-aiguille spécial et qui se recourbait d'elle-même après avoir traversé le voile, de Villemer facilita beaucoup la manœuvre.

On s'occupa ensuite de fixer, pendant l'opération, le voile que Roux abandonnait à lui-même ; or, cet organe se livrait fréquemment à des contractions subites et violentes qui interrompaient l'opérateur pendant un temps plus ou moins long. Sotteau, Fauroytier, Bourgougnon inventèrent des instruments à cet effet. Mais, le meilleur de ceux-ci fut longtemps celui de Depierris. Tout cet attirail devait du reste être remplacé par l'aiguille dont Trelat se servit d'abord pour l'uranoplastie.

4. — VELPEAU



Elève de Bretonneau, comme Trousseau, Velpeau a contribué, ainsi que son condisciple, à vulgariser les idées de l'école de Tours, et, quoique plus modeste, son rôle a été néanmoins fort utile. Nous n'insisterons pas sur le côté thérapeutique de l'œuvre de cet auteur [1]; mais il nous faut rappeler ici qu'on lui doit une des premières mentions du *cancer de l'amygdale*, affection longtemps et totalement ignorée [2]. Il aurait rencontré, dit-il, cette affection trois ou quatre fois. Les symptômes étaient assez nets pour déceler une tumeur maligne, et il avait tâché, dans un cas, d'en pratiquer l'extraction. Le malade succomba non à l'opération, mais à une septicémie consécutive.

Le principal mérite, du reste, de cet illustre chirurgien, en nosologie gutturale, est d'avoir établi une distinction bien nette entre les suppurations amygdaliennes et *périamygdaliennes*. Certes, on connaissait déjà (J.-L. Petit, Recollin) les fusées purulentes du voisinage, auxquelles on s'accordait à attribuer une origine tonsillaire, mais ces désordres étaient regardés comme une simple conséquence des abcès de cette glande. On n'avait pas vu que la péritonsillite peut survenir en dehors de ceux-ci et simuler une phlegmasie amygdalienne d'allure généralement grave. Velpeau a-t-on dit n'avait pas suffisamment distingué son « angine cellulaire » du phlegmon latéral du cou. Ce reproche est fondé. Néanmoins, il est moins grave qu'on ne pourrait le supposer, puisque la disposition des plans aponévrotiques de la région était encore totalement inconnue. Du reste, bon nombre des troubles symptomatiques des collections péri-amygdaliennes ne lui avaient pas échappé, ainsi qu'on va le voir par l'analyse que nous donnons du remarquable article publié par lui dans la *Gazette des hôpitaux* du 30 janvier 1849

1. Nous ne pouvons cependant passer sous silence que c'est à lui qu'est due en grande partie l'adoption du chlorate de potasse en pathologie pharyngée.

2. Le squirre des anciens n'était que notre hypertrophie amygdalienne.

« Il est pour l'angine, dit-il, des distinctions qu'il ne faut pas perdre de vue et qui reposent sur la différence des tissus envahis par l'inflammation. Je parle de l'angine pharyngienne [1] qui présente trois variétés. Dans la première, la muqueuse est enflammée par sa surface libre. C'est la plus fréquente ; elle occupe tout le pharynx. Dans le deuxième, l'inflammation occupe le parenchyme des tonsilles [2] et leur muqueuse dans tous ses replis. Enfin, la troisième variété est constituée par l'inflammation du tissu cellulaire qui double le côté externe des tonsilles ; c'est l'angine celluleuse. » Le caractère malin de la dite phlegmasie ne lui échappe pas. Il la considère comme un phlegmon donc elle emprunterait l'allure. En effet, voici ce qu'il dit sur la symptomatologie. « Il survient une douleur sourde, pongitive, permanente, qui d'abord ne gêne pas la déglutition des liquides, ni de la salive, parce qu'elle n'existe pas d'abord sur la surface externe (superficie de la muqueuse). » L'auteur prêtait beaucoup d'importance à ce signe différentiel qu'il expliquait ainsi : « C'est comme dans une inflammation d'un membre ; elle est à la peau, dans le tissu cellulaire, ou sous l'aponévrose. Dans le premier et le second cas, le toucher détermine de la douleur ; dans le troisième cas, la souffrance existe sans le toucher. De même, dans la première espèce d'angine qui enflamme la surface interne et dans la deuxième qui est sous-cellulaire (parenchymateuse), la douleur se manifeste par la dysphagie, mais dans la troisième, les aliments ne touchent pas la partie enflammée qui est plus profonde et ne détermine pas de douleur. Elle existe cependant et elle est permanente. » L'intégrité apparente de la tonsille, son déplacement sont parfaitement décrits dans les lignes suivantes : « Il résulte encore du siège du mal, que l'amygdale ne se boursoufle pas, mais tout le côté malade se soulève, amygdales et piliers. Le gonflement profond pousse tous les tissus. » La remarque suivante s'applique, bien au contraire, plutôt au phlegmon cervical latéral : « De plus, il y a tuméfaction sur la région correspondante du cou. Les creux parotidiens et sous-hyoïdiens s'effacent ; il y a de la rougeur, de la douleur au toucher, de l'empâtement. » Voici pour la durée : « Comme le phlegmon, cette espèce dure de huit à trente jours, par la raison

1. Le mot angine désignait alors toutes les affections gutturales, qu'elles fussent pharyngées, laryngées ou même œsophagiennes (voir notre *Histoire des maladies du pharynx*).

2. C'est l'inflammation interstitielle ou diphtéritique des Allemands, contemporains de Virchow. Comme on le voit, les anatomo-pathologistes français admettaient avant eux cette distinction.

qu'elle est susceptible des différentes terminaisons du phlegmon, c'est-à-dire de résolution, de suppuration, d'induration et de gangrène. Si elle se termine par résolution, elle dure huit jours, et plus longtemps si c'est une autre terminaison. »

Velpeau insiste longuement sur le traitement qui doit être, dit-il, purement chirurgical, si les topiques résolutifs (gargarismes émollients, cataplasmes, frictions mercurielles) et la saignée générale (alors fort en honneur dans les phlegmasies) ont échoué et qu'il en a été de même des purgatifs et des vomitifs. « Quelquefois, et même assez souvent, on est obligé d'avoir recours au bistouri. Voici ce qui arrive. Le travail phlegmoneux peut tendre à se porter sur les téguments et il se forme quelquefois un abcès sous l'oreille ou sous la mâchoire. Quelquefois l'inflammation prend les caractères du phlegmon diffus; elle fuse le long du cou. Il se forme un vaste foyer de suppuration. Il faut alors donner issue au pus, aussitôt que le phlegmon tend à se montrer au dehors; mais, comme c'est une région où se trouvent beaucoup d'organes importants, on hésite à y porter le bistouri. On a donc à choisir entre deux inconvénients, ou temporiser et courir le risque de voir des fusées de pus très étendues ou porter le bistouri dans une région difficile et risquer de blesser des organes importants. Les chirurgiens exercés mettent de côté ce dernier danger, écartent ou refoulent les vaisseaux et les nerfs, et arrivent assez bien dans le foyer. » Parfois cependant le vésicatoire pourrait amener la guérison par résolution, malgré l'intensité des symptômes réactionnels. « Le malade, dont je vous parle, avait une angine celluleuse caractérisée par la durée de la maladie[1], par le soulèvement du pharynx, des piliers, des amygdales, par une douleur fixe et sourde et par de la fièvre. J'étais disposé à pénétrer ici dans le foyer par le gosier[2]. L'incision aurait fait sortir le pus, s'il y en avait, sinon les tissus auraient été dégagés. J'ai essayé les vomitifs qui ont bien produit des évacuations, mais peu d'amélioration, puis j'ai eu recours à un moyen particulier. Un large vésicatoire volant a été appliqué sur l'angle de la mâchoire, à la base de la partie enflammée. Le lendemain, la malade était mieux. J'ai fait continuer le même moyen; la malade a guéri. Il n'y a pas eu d'ouverture du côté de la bouche, et il est difficile de ne pas

1. Comme on le sait, l'amygdalite a une durée très courte, même quand elle tourne à la suppuration, si le processus morbide se cantonne exactement à la glande.

2. A agir donc comme nous le faisons actuellement pour la péritonsillite.

attribuer cette guérison au vésicatoire qui a été appliqué à l'angle de la mâchoire. »

Velpeau résume ainsi les caractéristiques principales du mal : « Ainsi, en somme, siège extra-pharyngé, tendance du pus à gagner les parties superficielles du cou, pas ou peu de dysphagie, parce qu'à cause du siège profond des lésions, celles-ci échappent à la compression du bol alimentaire. »

---

5. — ROBERT

Très érudit, très clinicien, observateur sagace et attentif, Robert [1] a fait faire à la pathologie pharyngée de notables progrès. Il a complété, de la façon la plus heureuse, l'œuvre de Dupuytren en ce qui concerne les déformations thoraciques symptomatiques de l'hypertrophie de l'anneau de Waldeyer et il a fait connaître au public médical les amygdalites secondaires à des lésions dentaires à distance, dont on ne possédait avant lui que quelques observations éparses, n'ayant pas fixé l'attention.

Adénoïdisme. — Après que Dupuytren eut noté les modifications que l'on constate dans les différents diamètres de la poitrine à la suite d'amygdalite chronique, Coulson, puis Warren [2], étaient, il est vrai, revenus sur ce sujet, mais n'avaient guère fait que rappeler les données du grand chirurgien français. Robert est beaucoup plus complet ; de plus, il a eu le mérite de signaler le *palais ogival* [3] dont n'avaient pas parlé ses prédécesseurs. Il nie tout d'abord l'unilatéralité des lésions tonsillaires, qu'il n'aurait jamais constatée, contrairement à Louis. Il a parfaitement noté l'obstruction des portions supérieures du pharynx ; mais il n'entrevoit point, bien entendu, la véritable cause de celle-ci, s'efforçant de rattacher le comblement du cavum au seul amas lymphoïde alors connu. Il montre comme quoi les deux amygdales palatines refoulant fortement en haut le voile du palais et descendant en bas jusqu'à la racine de la langue, écartent les piliers postérieurs qu'elles débordent largement, pour se porter en haut et en arrière ne laissant entre elles qu'un espace assez étroit. Malgré la gravité de leurs altérations anatomo-pathologiques, ces glandes, en dehors des poussées aiguës, resteraient indolentes. Leur consistance, dure d'habitude, serait parfois cependant assez molle.

Il signale nettement les *troubles auriculaires* déjà notés du reste par un certain nombre de ses prédécesseurs, dans le paragraphe suivant. « Un des symptômes que j'ai plus d'une fois constatés est un affaiblissement de l'ouïe. Il est facile d'en expliquer la cause et la pathogénie mécanique. L'amplification

1. Chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine.
2. Warren, cependant, a signalé la disparition possible des déformations thoraciques à la suite de l'amygdalotomie.
3. Chomel l'a mentionné également.

de l'amygdale dans le *sens vertical* a pour effet de refouler en haut les parties latérales du voile du palais et de comprimer l'*extrémité gutturale* de la trompe d'Eustache immédiatement placée au-dessus de lui, derrière le méat inférieur des fosses nasales. Cette compression, il est vrai, ne saurait être portée au point d'oblitérer complètement l'orifice de ce conduit, mais elle y gêne le passage de l'air et suffit pour déterminer une dureté de l'ouïe plus ou moins marquée. A l'âge où se manifeste le gonflement des tonsilles, les enfants sont trop jeunes pour s'apercevoir de cette infirmité et la signaler eux-mêmes. Mais les parents observent qu'il faut leur parler à haute voix pour se faire entendre et que les enfants sont obligés de prêter plus d'attention qu'on ne le fait ordinairement à leur âge. » Il entrevoit les conséquences pédagogiques désastreuses de cette infirmité. « Je n'insisterai pas sur ce qu'il peut y avoir de grave pour l'éducation de cette imperfection dont est frappé un des sens les plus nécessaires au développement de l'intelligence. »

L'obstruction des fosses nasales et la respiration buccale sont ainsi décrites avec une précision singulière pour l'époque. « Le gonflement des amygdales, en refoulant en haut le voile du palais, *gêne ou intercepte entièrement le passage de l'air à travers les fosses nasales et force les enfants à respirer constamment par la bouche*. C'est là un des résultats les plus constants de la maladie. Pendant la veille, les enfants ont la bouche sans cesse entr'ouverte. » Le *facies adénoïdien* n'a pas échappé non plus à Robert. « Leur physionomie en reçoit quelque chose d'étrange et d'hébété qui, plus d'une fois, m'a suffi pour diagnostiquer l'affection principale. » Les *troubles nocturnes* sont dépeints de la façon suivante. « Pendant le sommeil, la respiration est ronflante, bruyante et parfois tellement gênée qu'une attitude tant soit peu contrainte suffit souvent pour les menacer de suffocation et les réveiller en sursaut. Il s'échappe aussi de leur bouche une mucosité épaisse et souvent teintée de sang, dont on trouve les traces sur leurs vêtements et sur leurs oreillers. » Parfois, les petits malades présenteraient un trouble bien propre à égarer le diagnostic. « Un des symptômes fréquemment observés dans cette maladie est une *toux opiniâtre*. Dupuytren l'avait déjà signalée et il la regardait comme une complication annonçant l'état catarrhal des bronches ; « mais je ne saurais partager son opinion, et, d'après ce que l'auscultation m'a démontré, je regarde ce phénomène comme *purement sympathique*[1],

1. Les anciens avaient remarqué que la maladie d'un organe en trouble

au moins pour la plupart des cas. Il n'y a là rien qui doive étonner. » Précédant de bien des années les spécialistes qui ont fait connaître à notre génération la toux amygdalienne, il s'exprime de la façon suivante sur la pathogénie de ces quintes. « Chez l'adulte aussi, on voit des phlegmasies, bornées à l'arrière-bouche, suffire quelquefois pour *entretenir de la toux* et même *simuler des lésions graves des poumons.* » Une observation intéressante qu'il rapporte montre combien la confusion avec la phtisie est alors facile. Les *altérations de la voix* [1] avaient déjà été notées par les nosologistes de l'époque. Robert signale exactement, à ce propos, le timbre sourd et nasillard, « un peu guttural et tellement caractéristique qu'il suffirait à lui seul pour faire reconnaître la maladie ».

Les *déformations céphaliques* sont dépeintes avec une exactitude frappante. « J'ai souvent observé que les enfants affectés depuis leur très bas âge étaient remarquables par *l'exiguïté de la face et l'étroitesse du nez.* Lorsqu'on examine la cavité buccale, on trouve, outre la *voûte palatine très petite et fortement concave* [2], l'arcade dentaire supérieure à peine suffisante pour loger les dents, celles-ci très rapprochées en avant surtout, où l'on voit les incisives et les canines chevaucher les unes sur les autres [3]. » L'auteur a toujours vu ces malformations exister en même temps que l'hypertrophie des tonsilles palatines qui en seraient la véritable cause ; car, amenant la suppression de la respiration par les fosses nasale, elles déterminent l'atrophie de celles-ci. « Frappé de cet état que j'ai toujours vu coïncider avec le gonflement des tonsilles, je devais naturellement me demander s'il ne fallait y voir qu'un accident, une coïncidence, ou, si au contraire, il était sous sa dépendance. Je n'ai pas hésité à adopter la seconde de ces opinions et voici les considérations qui m'y ont conduit. Dans l'économie animale, tout organe dont les fonctions sont abolies ou même seulement interrompues, cesse de s'accroître et tend à s'atrophier. Or, n'est-il pas évident que les fosses nasales qui livrent passage à l'air et font ainsi partie de l'appareil respiratoire, doivent subir cette loi s'il existe un obstacle à l'accomplissement de leurs fonctions. De là, l'exiguïté remarquable de ces

plusieurs, souvent fort éloignés, par suite de la perturbation de relations inconnues entre eux. Ils donnaient à ce phénomène le mot de sympathie qui persista longtemps. Dans notre terminologie actuelle, on dirait « réflexe ».

1. Rhinolalie.
2. Notre palais ogival.
3. Déformation en coin, à pointe antérieure.

cavités chez les enfants dont les amygdales sont tuméfiées de très bonne heure, exiguïté qui entraîne la petitesse du nez, la profondeur de la voûte palatine et l'étroitesse de l'arcade dentaire supérieure. »

Utilisant les travaux de Dupuytren, de Coulson et de Warren sur les *déformations thoraciques* et les précisant mieux, grâce à ses observations personnelles, il les dépeint de la façon suivante. « La poitrine, au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est déprimée, plane et parfois même concave, comme si, à l'époque où les côtes sont molles et flexibles, on les avait comprimées d'un côté vers l'autre. Cette dépression est plus prononcée vers le milieu de la hauteur du thorax que près de son sommet ou de sa base. Elle est également plus marquée vers le milieu de la longueur des côtes que près de leurs extrémités. Le redressement des côtes agrandit nécessairement l'étendue de la corde qui soustend les arcs osseux[1]; elle éloigne l'une de l'autre leurs extrémités et doit ainsi réagir sur la forme du sternum et du rachis, auxquels ces deux extrémités sont elles-mêmes fixées. » Très solide, la colonne vertébrale serait peu modifiée, contrairement à ce qu'on observe au cours du rachitisme, ce qui établirait une grande différence entre les deux sortes de malformations thoraciques; mais il n'en serait pas de même du sternum et des cartilages costaux beaucoup moins résistants qui se trouvent, dit l'écrivain, fortement projetés en avant. « Il en résulte que les cartilages costaux, au lieu de continuer la courbe régulière des côtes, forment avec elles un angle obtus, saillant en avant et toujours apparent à travers les muscles grands pectoraux, grêles et peu développés chez les enfants atteints de gonflement des tonsilles. » Quant au sternum, ses changements se bornent quelquefois à une voussure peu prononcée, en avant et en son milieu ; mais, dans les cas extrêmes, il devient le siège d'une déformation très remarquable. Il y aurait enfoncement du tiers inférieur de cet os, « d'autant plus remarquable que sa partie moyenne est fortement rejetée en avant ».

D'ailleurs, les modifications des diamètres thoraciques seraient loin d'offrir un type uniforme. Il y aurait de nombreuses nuances. Comme mécanisme pathogénique, Robert invoque les effets du vide pleural pendant l'inspiration. Or, en avant et en arrière, le thorax est peu déformable. Il l'est bien davantage sur les côtés qui se trouveraient comme aspirés en dedans.

1. D'où agrandissement du diamètre antéro-postérieur, compensation insuffisante, du reste, de l'aplatissement transversal.

L'étroitesse de la loge où sont placés les poumons entraînerait, comme l'a vu Dupuytren, « une respiration brève et saccadée » avec pâleur, faiblesse et amaigrissement marqué des enfants adénoïdiens. « Malheur à ces enfants, si, à l'état habituel de dyspnée, vient se joindre une maladie accidentelle des organes respiratoires, capable d'en augmenter l'intensité. »

Revenant sur les causes de l'hypertrophie tonsillaire, qui contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte, ne se fait que par poussées successives, mais lentement, insensiblement, sans déterminer, pendant son accroissement, de douleur ou de gêne de la déglutition, Robert incrimine pour le gonflement amygdalien, les troubles de la dentition [1]. L'irritation, bien que masquée, jouerait le même rôle qu'à une période plus avancée de l'existence. « En effet, d'après de nombreux renseignements que j'ai recueillis sur l'époque exacte à laquelle le mal paraît débuter, il m'est démontré que les premiers symptômes du gonflement des tonsilles se manifestent surtout chez les enfants entre le sixième mois et la fin de la seconde année.

« Or, cette époque est celle du travail de la dentition, et l'on sait que ce travail détermine toujours un mouvement fluxionnaire sur la bouche et ses dépendances et même sur la tête entière ; le ptyalisme, les éruptions connues sous le nom de feux de dents, l'eczéma et l'impétigo de la face et du cuir chevelu, le gonflement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, les ophtalmies sont liées à cette cause et il n'y aurait pas à s'étonner que l'hypertrophie des tonsilles en fût aussi le résultat. »

Amygdalites à distance, suite de lésions dentaires. — Robert s'était beaucoup préoccupé de l'influence des lésions dentaires sur les cavités buccales et pharyngées. En outre des altérations morbides (fluxions) gagnant l'isthme de proche en proche, il avait observé des faits infiniment plus intéressants de tonsillite à distance, c'est-à-dire avec intégrité apparente de l'espace intermédiaire entre les deux organes. Ces cas sont une des meilleures démonstrations du rôle ganglionnaire de ces amas lymphoïdes, que nous nous sommes efforcé de mettre en lumière en différentes circonstances. Comme les ganglions, ces glandes s'enflamment souvent, à cause de leur connexions lymphatiques, par les lésions du voisinage. Sans insister sur la pathogénie, l'écrivain a parfaitement entrevu la succession et la dépendance relative des phé-

1. Lasègue, qui avait bien vu ces différences d'évolution à ces deux âges de la vie, attribuera, en désespoir de cause, l'hypertrophie tonsillaire des jeunes enfants à une *malformation congénitale*, comme Boyer et Andral.

nomènes. « J'incline, dit-il, à propos des causes de l'hypertrophie amygdalienne chez les enfants, d'autant plus à le croire que chez l'adulte la dentition exerce sur l'état des amygdales une influence qui, bien que moins fréquente et plus restreinte, n'en est pas moins facile à démontrer. » Il pouvait s'appuyer, ici, sur les intéressantes constatations de Toirac (*Revue de Médecine*, 1828, I, p. 211) ; cet auteur rapporte tout au long l'histoire d'un étudiant en médecine dont les poussées successives d'amygdalite aiguë ne furent guéries que par le traitement chirurgical d'une évolution anormale de la dent de sagesse qui, comme on le sait, peut apparaître très tardivement. Peu après, Rust (*Handbuch der Chirurgie*, Berlin, 1830) avait signalé des stomatites, des angines, des ulcères, etc., comme la suite possible de l'éruption morbide de la dent de sagesse. Tott (*Schmits Jahrbuch*, 1825) avait vu aussi une amygdalite succéder à une extraction dentaire.

Mais, comme nous l'avons dit plus haut, ces faits étaient fort mal connus. Robert eut le mérite de mieux faire connaître ces occurrences morbides au public médical. Après avoir signalé le cas de Toirac, il en fit connaître un autre qui lui était personnel : « Je me rappelle un jeune homme de 19 à 20 ans, chez qui le voile du palais était enflammé et la luette hypertrophiée, par le fait de la phlegmasie, pendait sur la base de la langue, et causait de l'anorexie, des vomissements, enfin donnait lieu pendant plusieurs mois à un ensemble de symptômes qui pouvaient faire croire à une maladie d'estomac. » Robert signale ainsi, un des premiers, les *dyspepsies réflexes* [1] d'origine pharyngée.

Parfois les symptômes tonsillaires aboutiraient à la suppuration amygdalienne. Un peu plus loin, il décrit tous les accidents possibles qui peuvent résulter de l'éruption pathologique de la dent de sagesse : et, faisant remarquer combien parfois lorsqu'il y a, par exemple, troubles morbides à distance, le diagnostic peut être fautif, il conclut : « Aussi, ne saurais-je trop recommander, devant de pareils phénomènes se présentant chez des individus qui sont dans l'âge où les dents de sagesse se développent, de rechercher d'abord s'ils ne dépendent pas de l'évolution dentaire. »

1. Lasègue y insistera davantage.

6. — CHASSAIGNAC



En 1857, dans un mémoire paru dans le *Moniteur des hôpitaux*, Chassaignac [1] a précisé plusieurs points importants de la pathologie des amygdales. Il a démontré que leurs suppurations étaient bien distinctes de celles du cou [2], grâce à la présence d'une *aponévrose* connue actuellement sous le nom de tonsillaire et qui, suivant ce chirurgien formerait à la glande comme une demi-capsule dans laquelle elle se trouverait enchâtonnée. « Lorsque sur une amygdale bien développée et complètement énucléée de la loge amygdalienne, on examine, par opposition à la surface libre ou muqueuse, la surface adhérente ou profonde de la glande, on voit qu'elle est tapissée par une membrane fibreuse, enveloppante, fortement constituée et formant à l'amygdale une demi-capsule ovalaire, de sorte que si on introduit un stylet par les orifices naturels (cryptes ou lacunes) de la glande, la pointe de l'instrument vient heurter contre la concavité de la demi-capsule qui ne peut être perforée que difficilement. Cette demi-capsule qui n'a encore été décrite, que nous sachions, par aucun anatomiste, sert donc à la fois de support et de réceptacle à la glande et elle est indépendante de toutes les aponévroses voisines. Elle est très nettement circonscrite et bien délimitée par sa face profonde, qui est adossée au tissu cellulaire qui tapisse le fond de la face amygdalienne. » Malheureusement, Chassaignac ne découvrit aucune trace de la loge rétro-tonsillaire qu'aurait pu peut-être lui révéler la méthode des coupes, d'ailleurs peu en honneur à cette époque.

Après avoir montré avec soin les rapports vasculaires de l'organe et signalé son voisinage avec la carotide dont il s'exagère, comme les contemporains, la proximité, il insiste avec

1. Chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, membre de l'Académie de Médecine.

2. On trouve ainsi, dans cette découverte, le premier élément de la distinction de la péritonsillite avec le phlegmon latéral du cou, que Velpeau n'avait pas pu séparer, faute de données anatomiques.

raison sur la mobilité notable de l'amygdale qui échappe, dit-il, avec facilité à l'instrument qui veut la saisir, et, par un mouvement de rotation, met de face, par exemple, ce qui était de profil.

Il signale, comme facteur possible de l'*hypertrophie amygdalienne*, la syphilis, mais sans insister. Les variétés en grappe, bilobées, mamelonnées ou lisses sont bien décrites. Quant au volume de l'organe grossi, il pourrait dépasser parfois celui d'un œuf de pigeon. Chassaignac s'appesantit sur l'ascension de la tonsille hypertrophiée qui surplomberait pour ainsi dire l'isthme du gosier, au lieu d'en former les parties latérales, ce qui augmenterait beaucoup les difficultés opératoires. Parfois, il existerait, à la suite d'inflammations chroniques, d'ulcérations, des adhérences très tenaces avec les parties voisines, notamment avec les piliers et avec la demi-capsule signalée plus haut. Enfin, il a signalé avec des détails suffisants l'étranglement de l'organe anormalement développé entre les deux piliers du voile. Dans quelques cas, la tonsille serait en quelque sorte expulsée de sa loge et pincée au niveau de son pédicule par lesdits piliers. Mais, le plus souvent, ces deux bandes musculaires amèneraient une constriction énergique sur toute l'étendue de la glande.

Après Dupuytren et Robert, il signale les déformations thoraciques et les troubles auditifs, mais sans rien dire de bien nouveau sur le sujet.

Par contre, il mentionne une hyperesthésie marquée de la gorge chez certains adénoïdiens.

---

7. — NÉLATON



Les recherches de Nélaton en pathologie pharyngée ont porté sur deux points seulement, mais d'assez grande importance. Il a préconisé l'attaque par la voie buccale des fibromes naso-pharyngiens dont il a précisé l'insertion sur la voûte du cavum, et il a fait connaître les tumeurs mixtes du voile du palais sur lesquelles tant de discussions histologiques se sont élevées depuis.

Pour ce qui concerne le *siège primitif des polypes durs*, la question était restée, jusqu'à lui, très mal précisée, parce qu'à un certain moment des soudures avec le voisinage viennent compliquer beaucoup le problème.

Gosselin admettait que la tumeur pouvait s'attacher primitivement sur une zone assez large comprenant la voûte du cavum, les apophyses ptérygoïdes, les parties les plus reculées de la lame criblée de l'ethmoïde et la partie postérieure des cornets. Verneuil, Follin, Flaubert, Robert, Laugier, Gerdy acceptèrent cette façon de voir. Nélaton et ses élèves (Robin-Massé, etc.) s'élevèrent contre cette opinion ; ils s'efforcèrent de démontrer que l'insertion se faisait toujours sur la voûte, et que les adhérences situées autre part étaient toujours secondaires.

Cependant Michon et Robert ne se tinrent pas pour battus et apportèrent à la Société de chirurgie quelques faits prouvant, semblait-il, que le siège primitif du mal pouvait bien être non la voûte, mais les premières vertèbres cervicales ou les apophyses ptérygoïdes. La postérité leur a donné raison quelquefois ; mais il n'en résulte pas moins des notions actuelles que, presque toujours, les choses se passent comme l'avait fait voir Nélaton. Celui-ci s'est montré seulement trop exclusif.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur la *voie d'accès palato-staphylienne* dont se servait cet éminent chirurgien pour aborder la base d'implantation des polypes naso-pharyngiens, parce qu'aujourd'hui de deux choses l'une : ou bien le polype est petit et accessible par la voie naturelle, puisqu'il est encore bien cantonné, ou il est volumineux et a envahi plus ou moins les

cavités annexes, notamment l'antre d'Highmore ; dans ce dernier cas, c'est par le maxillaire supérieur qu'il faut l'attaquer. Rappelons qu'en prolongeant en avant l'incision que Manne, d'Avignon, limitait au seul voile du palais, Nélaton s'est donné véritablement un jour suffisant. « Le malade, dit-il, est assis sur une chaise, la tête tenue dans l'extension sur la colonne vertébrale, la bouche largement ouverte. Le chirurgien saisit le voile du palais avec une pince et le divise dans toute son étendue par une incision médiane, puis, avec un petit instrument à lame droite, courte, forte et bien tranchante ; il incise la membrane palatine jusqu'à l'os en continuant en avant l'incision du voile jusqu'à deux centimètres des incisives. Avec l'extrémité antérieure de cette incision médiane et longitudinale, vient se rencontrer une seconde incision qui est transversale, d'une étendue de trois centimètres. On a ainsi un T à branche transversale antérieure. Avec un fort instrument, une spatule, par exemple, on décolle la membrane palatine de la voûte osseuse sous-jacente ». On obtenait ainsi deux lambeaux qui, soulevés, laissaient à nu la voûte. Celle-ci était réséquée de la façon suivante : on pratiquait en avant et de chaque côté de la ligne médiane une perforation à l'aide d'un poinçon, puis on introduisait par les trous l'une des pointes d'un sécateur de Liston. On arrachait en même temps la portion du vomer adhérente à la voûte en la faisant éclater. Il restait une ouverture béante qu'on pouvait masquer par un appareil approprié, après l'ablation du fibrome.

Avant Nélaton, les *tumeurs mixtes du voile* étaient ignorées, bien qu'on trouve dans les écrits antérieurs, notamment dans le traité de Boyer, quelques mentions sur l'existence de tumeurs staphyliennes, tantôt malignes, tantôt bénignes. En 1837, Nélaton opéra une religieuse de Bolbec d'une tumeur vélaire très ancienne, très volumineuse, obstruant la cavité bucco-pharyngienne et déprimant la base de la langue. D'un autre côté, le voile se trouvait refoulé si haut qu'il avoisinait la voûte du cavum. Sauf une gêne mécanique considérable de la déglutition et de la phonation, il n'y avait pas de douleur, pas d'envahissement des parties voisines. Comme la malade était sur le point de périr d'inanition, l'éminent chirurgien se décida à l'intervention, malgré ses répugnances, et trouva, contre son attente, que le néoplasme était très facile à énucléer. La structure de celui-ci ressemblait à celle d'une glande salivaire. La guérison eut lieu rapidement sans incidents notables. Le fait ne fut pas publié.

Michon, qui avait assisté à l'opération avec Récamier, rencon-

tra quelques années plus tard un fait semblable qui présentait beaucoup d'analogie avec un cas communiqué deux ans auparavant à la Société de chirurgie par Vidal de Cassis et dont le diagnostic avait dérouté les membres les plus illustres de la docte compagnie. Mais, n'imitant pas le silence de Nélaton, il se hâta d'en faire part, comme l'avait fait Vidal de Cassis, à ses confrères de la Société de chirurgie. Il eut le tort de ne pas mentionner le droit de priorité de Nélaton, comme celui-ci le lui reprocha publiquement, oubli d'autant moins excusable, qu'il avait aidé celui-ci, en 1837, lors de l'opération de la religieuse de Bolbec. Nélaton avait fait, du reste, ultérieurement une leçon sur le sujet, en 1851, à l'hôpital des cliniques. La porteuse du néoplasme était âgée de trente-quatre ans, robuste et ne souffrant nullement de sa tumeur qui remontait déjà à vingt-cinq ans et avait atteint le volume d'une grosse noisette.

Quoi qu'il en soit, la réserve observée d'abord par Nélaton explique que le public médical ignorait totalement l'existence de ces tumeurs mixtes, si curieuses, du voile et c'est Michon, il faut bien l'avouer, qui les lui fit connaître. Il s'agissait, dans son cas, d'un individu de trente-six ans, atteint depuis dix ans d'une tumeur staphylienne à développement lent et sans grande réaction. Elle avait dépassé finalement le volume d'un œuf et entraînait une gêne mécanique considérable de la déglutition et de la phonation. Consistance résistante, pas de fluctuation, à la palpation, sensation d'une tumeur bilobée. Enucléation facile. Denucé, l'interne de Michon, en pratiqua l'examen histologique et déclara qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie glandulaire, c'est-à-dire de lésions englobées par Lebert, vers cette époque, sous le nom d'adénome.

Comme on le sait, les faits de cette nature se multiplièrent beaucoup dans l'espace de quelques années (voir notre *Histoire des maladies du pharynx*, volume V, p. 498 et suivantes). Mais Nélaton a eu le mérite d'en signaler très exactement l'allure clinique, c'est-à-dire le lent développement, l'absence de réaction locale, sauf celle d'ordre mécanique, l'absence aussi d'ulcération, d'envahissement de voisinage. Il a insisté sur l'enkystement et sur les facilités considérables que cette disposition anatomique offre à l'énucléation.

---

8. — VERNEUIL



Le nom de Verneuil ne peut pas être attaché ici à une grande étude d'ensemble portant sur un point d'un intérêt capital en pathologie pharyngée, comme cela est arrivé à Dupuytren et à Roux; mais on ne saurait nier néanmoins qu'il n'ait effectué des perfectionnements de détails intéressants, qu'il n'ait enrichi, en un mot, la casuistique d'importantes observations, dont les contemporains ont su tirer un bon parti.

Ainsi l'on oublie trop que c'est à Verneuil que l'on doit la première affirmation de *l'origine glandulaire de l'abcès rétropharyngien*. En 1863, il soutint à la société de chirurgie que cette pathogénie était la plus fréquente. On savait, depuis les recherches de Sappey, que les lymphatiques du tiers supérieur du pharynx viennent se jeter dans un ganglion volumineux situé dans les environs de la troisième vertèbre cervicale. Luschka était revenu sur ce point dans sa monographie de l'anatomie du pharynx. Rien ne s'opposait donc à ce qu'une phlegmasie gutturale n'amenât une fonte dudit ganglion, comme cela se produit si souvent dans d'autres parties du cou. Malheureusement, les trois malades de Verneuil étaient des syphilitiques en pleine voie d'éruption pharyngée et celui-ci osa affirmer que la vérole devait être incriminée comme facteur pyogène. A l'heure actuelle, les infections mixtes expliquent facilement ces suppurations d'origine passablement obscure. Au temps où nous nous reportons, les spécialistes ne reconnaissaient à la syphilis que le pouvoir de déterminer des éruptions et des gommes. C'est ce que lui rappela Guérin avec une certaine âpreté : « Je ne nie pas, dit-il, absolument l'existence de ganglions post-pharyngiens, ni l'adénite de cette même région, mais je dis qu'avant de décrire une adénite liée aux accidents spécifiques, il faut avoir des faits bien probants. Or, ceux de Verneuil sont insuffisants. Je voudrais qu'il nous eût montré les ganglions bien disséqués, bien apparents, qu'ensuite on nous démontrât qu'ils peuvent être malades. Je ne puis m'empêcher de remarquer que, dans la syphilis consti-

tutionnelle, les bubons suppurés sont très rares ; or, c'est précisément dans la syphilis que s'observait l'adénite décrite par Verneuil. » Voici les faits allégués par celui-ci : « Le premier malade avait une tumeur verticale et arrondie, soulevant la paroi postérieure et latérale du pharynx. Il était facile de s'assurer que cette tumeur était inflammatoire, fluctuante. Elle était le siège de douleurs vives ; malgré cela, je ne l'incisai pas de peur de rencontrer une des artérioles volumineuses qui rampent sur la paroi latérale du pharynx et de produire une hémorragie abondante. Lorsque la tumeur eut atteint la ligne médiane, je l'ouvris en toute sécurité et je donnai issue à une grande quantité de pus.

« Chez le deuxième malade, on trouvait dans la même région une petite tumeur d'une fluctuation douteuse (gomme ramollie ?) et dont l'incision ne donna naissance qu'à une petite quantité de pus épais et gluant.

« Enfin, la troisième malade a été observée à la consultation. Elle avait à la partie latérale et postérieure du pharynx une saillie verticale formant une tumeur qui se déplaçait facilement sous le doigt et qui offrait les caractères que j'avais remarqués au début chez les autres sujets. Je n'ai pas revu cette malade.

« En tenant compte de la marche et du caractère de ces abcès post-pharyngiens, je pense que l'on est autorisé à placer leur siège dans un *ganglion*. Ce serait donc une *adénite*, une sorte de bubon post-pharyngien. »

Cette doctrine, un de ses élèves, Gillette, la fera universellement accepter, en étudiant mieux que Sappey et Luschka la topographie de la région et les organes lymphatiques qu'elle contient, en accumulant surtout les données cliniques dans sa remarquable monographie sur la question.

Verneuil a fait aussi connaître les *papillomes* du voile. Dans le cas communiqué, en 1858, à la société anatomique, il s'agissait d'une jeune fille bien portante, qui fut prise d'une angine grippale dont les symptômes disparurent bientôt à l'exception d'une toux rauque, sèche, quinteuse, très tenace. « A l'examen de la gorge, dit Verneuil, on ne voyait nulle part de rougeur, nulle trace d'inflammation, mais on apercevait une petite tumeur blanchâtre, allongée, piriforme, à grosse extrémité libre et à pédicule très grêle, ayant environ trois centimètres de long. Cette tumeur s'insérait par son pédicule sur le bord libre du voile du palais, immédiatement entre la luette et le pilier antérieur. Elle reposait par son extrémité libre sur la base de la langue, non loin de l'épiglotte et y exerçait, sans doute, une

titillation désagréable, analogue à celle que produit la luette hypertrophiée. Cette tumeur a été facilement enlevée. » Semblable à une glande en grappe elle présentait un grand nombre de bosselures, arrondies ; la structure était celle bien connue du papillome. Cette communication devint l'occasion d'une série clinique, comme on en voit tant lors de la publication d'un fait curieux et nouveau. Peu après, furent publiés, en effet, les cas de Gueneau de Mussy et de Vidal de Cassis.

Enfin, c'est dans le service de Verneuil que Thaon observa, en 1872, le premier cas bien authentique de *myxome* du voile. D'une consistance ferme et uniforme, la tumeur n'adhérait pas aux parties voisines et n'avait pas amené d'engorgement ganglionnaire dans le voisinage. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un myxome lipomateux.

TABLE DES MATIÈRES



MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS